426

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908 à 1 heure

Le Traitement des Hémorrhagies

causées par

L'Insertion basse du Placenta

(D'après les observations de la Clinique Baudelocque)

PAR

Léon SIBILLE

Président :	M. PINARD	*Professeur*
Juges. . .	MM. BROCA	*Agrégés*
	LEPAGE	
	POTOCKI	

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
8, Rue Casimir-Delavigne, 8

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT-BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	SICARD.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	ZIMMERN.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MERE

A MON FRÈRE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Les hémorragies causées par l'insertion basse du placenta ont pendant longtemps inspiré une profonde crainte aux accoucheurs. Simpson allait même jusqu'à les considérer comme plus redoutables que la fièvre jaune, car elles tuaient une femme sur trois.

La gravité de ce pronostic résultait de l'insuffisance des traitements qui furent successivement employés pour les combattre. Il n'en est plus de même aujourd'hui : le traitement préconisé par M. le professeur Pinard, en s'adressant à la cause même de l'hémorrhagie, a singulièrement amélioré son pronostic, et la mort n'en est plus à présent qu'une conséquence exceptionnelle.

Exposer les divers temps de ce traitement et montrer les résultats obtenus par son application à la clinique Baudelocque : tel est le but de cette thèse.

De nombreux travaux ont été déjà publiés pour comparer la méthode de M. Pinard avec celles précédemment employées. Nous citerons en particulier ceux de Varnier, Dyllion, Maggiar, Abd-el-Nour, Labusquière et aussi la thèse de M. le docteur Juge, chirurgien des hôpitaux de Marseille. Sans vouloir revenir sur cette comparaison, nous nous efforcerons de montrer,

par l'exposé des faits, la valeur des armes nouvelles dont on dispose aujourd'hui contre l'hémorrhagie, et nous serons heureux si nous arrivons à contribuer dans une humble mesure à propager leur usage.

Nous adressons à M. le professeur agrégé Couvelaire nos bien sincères remerciements pour les précieux conseils qu'il nous a donnés au cours de l'élaboration de ce travail.

Que M. le professeur Pinard veuille bien accepter l'expression de nos respectueux hommages pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

LES PRINCIPALES DOCTRINES SUR LE MÉCANISME DES HÉMORRHAGIES LIÉES A L'INSERTION BASSE DU PLACENTA

L'hémorrhagie liée à l'insertion basse du placenta est un des accidents de la grossesse qui ont donné naissance aux théories les plus nombreuses et aux traitements les plus variés.

Les accoucheurs n'ont pas toujours songé à établir une relation entre l'insertion placentaire et les hémorrhagies de la grossesse et du travail.

Jusqu'à la fin du XVII[e] siècle, on ne possédait sur ce sujet que des notions inexactes ; on admettait, conformément aux idées de Fallope, que le placenta s'insère toujours au fond de l'utérus, et lorsqu'on lui faisait jouer un rôle dans la production des hémorrhagies, on supposait qu'il avait glissé du fond jusque sur l'orifice cervical.

Ce n'est qu'en 1685 que l'on commence à croire à la possibilité de l'insertion du placenta sur la partie basse de l'utérus et à considérer l'hémorrhagie comme pouvant en être la conséquence. A Portal revient l'honneur de l'avoir reconnu le premier ; mais c'est Levret qui eut le mérite d'en donner le premier une claire démonstration en publiant en 1747 son mémoire intitulé : « Observations sur les causes et les acci-

dents de plusieurs accouchements laborieux, avec des remarques ».

Bien que cette doctrine nouvelle fût confirmée par de nombreuses observations publiées avec pièces anatomiques à l'appui par Schacher (Leipzig 1709), Petit (Communication à l'Académie royale des sciences en 1723), Frederici (Hambourg 1732), etc., un grand nombre d'accoucheurs parmi lesquels Mauriceau, Deventer, Puzos, l'ignorèrent ou ne voulurent point l'admettre, et ils continuèrent à incriminer le glissement du placenta.

En 1824, avec Baudelocque, les idées de Portal et de Levret commencent à être admises par tous les accoucheurs ; mais l'accord cesse quand il s'agit d'expliquer le mécanisme de l'hémorrhagie.

Une des premières théories en date, est celle de Jacquemier que partageait Cazeaux: Pendant les six premiers mois de la gestation, le segment supérieur de l'utérus se développe plus spécialement, ainsi que l'indique la forme en poire du fond de l'organe à cette période ; et comme le placenta atteint aussi son maximum de développement pendant les six premiers mois, s'il est inséré sur le segment utérin qui s'accroît en même temps que lui, ses attaches et ses rapports ne sont nullement troublés. Au contraire, pendant les trois derniers mois de la grossesse, le segment inférieur de l'utérus se développe plus que le segment supérieur, tandis que le volume du placenta reste à peu près stationnaire ; il en résulte que le placenta ne pourra suivre l'expansion utérine, il y aura séparation, décollement et par conséquent hémorrhagie.

Barnes en 1847, propose une théorie tout à fait dif-

férente : Le premier décollement du placenta vient d'un excès de développement de cet organe sur le col qui n'est pas destiné à l'insertion du placenta et qui n'est pas fait pour vivre en paix avec le placenta. Les relations sont rompues, le placenta s'étend au delà et l'hémorrhagie se produit. Il faudrait de plus, pour expliquer les hémorrhagies pendant la grossesse, faire jouer un rôle à l'hyperhémie périodique du placenta, tandis que pendant le travail elles seraient secondaires et dues à l'expansion du col.

Barnes avait en outre observé que l'hémorrhagie s'arrête parfois lorsque le diamètre de l'orifice du col a atteint de 0,052 à 0,076 millimètres. Voici comment il l'explique. Il divise l'utérus en trois zones circonscrites par deux cercles perpendiculaires à l'axe de l'organe. Dans la zone du milieu et dans celle du fond, l'insertion peut se faire sans danger ; mais au-dessous du cercle inférieur, dans la zone qu'il appelle zone dangereuse, il n'y a plus d'équilibre entre les limites contractiles du tissu musculaire et l'adhérence du placenta. La mesure de la tête du fœtus donne exactement la dimension de la surface sur laquelle le placenta ne peut s'insérer sans être décollé pendant le travail, et le cercle inférieur représente la limite de dilatation nécessaire à son passage. Cette limite correspond sur la tête fœtale à une circonférence passant au niveau des bosses pariétales, c'est-à-dire à 0,076 millimètres de l'occiput pris comme centre : c'est précisément cette zone qu'il est possible de décrire avec les doigts introduits dans l'utérus.

D'après Matthews Duncan, l'hémorrhagie serait due pendant la grossesse à la rupture d'un vaisseau utéro-

placentaire ou bien à la séparation partielle du placenta à la suite d'une cause accidentelle : un choc ou une chute. Pendant le travail, la séparation partielle du placenta serait la conséquence des contractions utérines.

Pour Schrœder, la cause fondamentale de l'hémorrhagie se trouve dans le glissement de la paroi utérine sur l'œuf. Quand le placenta est normalement inséré, le glissement de la paroi utérine produit la séparation des membranes et la formation de la poche des eaux ; si le placenta, au contraire, se trouve greffé sur le segment inférieur, ce glissement produira et la séparation des membranes et le décollement du placenta. « Dès que l'amnios est déchiré, ajoute Schrœder, le placenta peut remonter avec le segment inférieur, la cause de séparation entre l'utérus et le placenta n'existe plus. »

Telles sont, brièvement résumées, les diverses théories qui avaient été émises sur la pathogénie de l'hémorrhagie liée à l'insertion basse du placenta avant que parut en 1886 un important mémoire intitulé: « De la rupture prématurée dite spontanée des membranes », dans lequel M. le Professeur Pinard montre les rapports qui existent entre la rupture des membranes et l'arrêt de l'hémorrhagie. Grâce à ses judicieuses observations, il a pu expliquer quel était le véritable mécanisme de l'hémorrhagie et proposer un traitement réellement basé sur sa pathogénie.

Avant d'exposer la théorie de M. Pinard, voyons quels étaient les divers moyens employés par les accoucheurs pour lutter contre l'hémorrhagie, alors qu'ils ignoraient comment elle se produit.

CHAPITRE II

LES DIVERS TRAITEMENTS EMPLOYÉS CONTRE L'HÉMORRHAGIE

Si nous remontons au XVI^e^ siècle, nous voyons que le traitement en faveur à cette époque est celui que Levret nomma plus tard l'accouchement forcé. Louise Bourgeois, sage-femme de la reine Marie de Médicis, consacre à son étude un important chapitre de ses œuvres en l'intitulant : « Qu'il y a un accident où il faut promptement accoucher une femme à quelque terme que ce soit, pour conserver sa vie ». Guillemeau écrit de même en 1571 : « Pour secourir une femme quand l'arrière-faix se présente le premier au conduit de la nature, le plus seur et expédient est de délivrer soudainement la femme ».

Lorsque Portal eut modifié les idées que l'on avait avant lui sur l'insertion du placenta, rien ne fut changé dans le traitement jusque-là employé. Portal lui-même pratiquait l'accouchement forcé.

Mais en dilatant l'orifice du col, en cherchant le moyen d'atteindre les membranes, ou même en perforant le placenta pour aller saisir les pieds de l'enfant,

les accoucheurs furent frappés de voir que le premier temps de l'opération suffisait souvent pour arrêter l'hémorrhagie. Mauriceau, qui fit cette constatation, en tira la conclusion qu'il fallait rompre les membranes et que cette rupture constitua pour lui tout le traitement ; et encore n'était-ce pas autant celui des hémorrhagies causées par l'insertion basse du placenta que de celles du travail en général. Dionis et Puzos après Mauriceau, pratiquèrent la perforation des membranes.

Voulant réagir contre les procédés de violence de l'accouchement forcé, Puzos lui substitue l'accouchement accéléré qui consiste d'une part dans la dilatation de l'orifice utérin au moyen des doigts et d'autre part dans la perforation des membranes. Le procédé de Puzos a pour but d'arrêter l'hémorrhagie par le resserrement de la matrice ; il ne s'appuie en aucune façon sur le mécanisme de l'hémorrhagie ; il ne tient aucun compte de la récente découverte de Portal et Levret que Puzos a l'air d'ignorer puisque, dans le célèbre mémoire qu'il a consacré à l'étude des hémorrhagies de la grossesse, il insiste encore sur la chute du placenta du fond sur la partie basse de l'utérus, sans même mentionner son insertion sur le segment inférieur comme cause d'hémorrhagie. C'est donc bien à tort qu'on a attribué à Puzos la paternité d'une méthode essentiellement basée sur la pathogénie de l'hémorrhagie.

En 1776, Leroux, de Dijon, publia son livre intitulé « Observations sur les pertes de sang des femmes en couches, et sur le moyen de les guérir », dans lequel il préconise une nouvelle méthode qui moins encore

que les précédentes ne s'appuyait sur la pathogénie.

C'était le tamponnement vaginal, traitement essentiellement symptomatique qui fut pendant longtemps en France presque exclusivement employé.

Ce procédé, malgré la faveur dont il a joui, était loin de répondre aux besoins de la thérapeutique. Aussi voyons-nous les accoucheurs diriger leurs efforts vers la recherche d'une méthode d'hémostase s'adressant à la cause même de l'hémorrhagie.

Simpson croyait que le sang provenait, non pas de la surface utérine, mais du placenta lui-même ; aussi, guidé par des faits cliniques dans lesquels l'expulsion du placenta précédant celle de l'enfant (*filius ante patrem* d'A. Paré), avait amené la cessation de l'hémorrhagie, conseille-t-il de décoller complètement cet organe avec la main introduite dans la cavité utérine.

Au lieu de décoller totalement le placenta comme le faisait Simpson, Barnes conseille d'introduire les doigts dans l'orifice interne et de décoller circulairement le placenta sur toute la région utérine accessible aux doigts. Il considère en effet comme dangereuse l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus représenté par une région s'étendant à 0,076 millimètres de l'orifice interne, c'est-à-dire approximativement de la longueur de l'index accolé au médius. A la suite de cette intervention, le segment inférieur ne contenant plus de placenta, l'hémorrhagie devrait cesser. C'est ce qui arrive quelquefois, mais pas toujours. Aussi Barnes a-t-il recours à ses dilateurs, ballons en caoutchouc en forme de guitare dont la partie rétrécie se place dans le col.

Plus récente et plus efficace est la méthode de Brax-

ton-Hicks, qui pour arrêter le décollement du placenta en le tamponnant avec le fœtus lui-même, pratique la version par manœuvres mixtes et pour cela commence par perforer les membranes.

En résumé, les nombreux traitements employés comprennent : d'une part le tamponnement, et d'autre part les différentes formes de l'accouchement accéléré représentées par les procédés de Puzos, de Barnes et de Braxton Hicks.

Les inconvénients et les dangers du tamponnement ont été trop souvent démontrés pour que nous revenions ici sur le procès de cette détestable méthode. Nous rappellerons brièvement que M. Pinard a magistralement mis en évidence qu'un tamponnement bien fait était toujours très douloureux, qu'il était une barrière illusoire transformant l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne, car il n'empêche nullement le placenta de se décoller, que même lorsqu'il est fait aseptiquement, il favorise la septicémie, enfin que la mortalité infantile est considérable avec le tamponnement.

Restent les diverses modalités de l'accouchement accéléré :

La dilatation de l'orifice à l'aide des doigts conseillée par Puzos est lente et pénible. Elle peut causer des déchirures du col qui exposent la femme aux plus graves dangers.

Le décollement du placenta préconisé par Barnes est une intervention inutile et même dangereuse.

Quant au procedé de Braxton-Hicks, il a l'avantage d'obliger l'accoucheur à pratiquer la déchirure des membranes, et c'est surtout en cela que consiste

sa valeur hémostatique. La version pelvienne est une opération difficile et qui présente pour le fœtus le grand inconvénient d'exciter le réflexe respiratoire et de provoquer ainsi des respirations prématurées.

En somme, tous ces traitements pèchent en ce qu'ils ne s'adressent pas à la cause de l'hémorrhagie.

Et c'est précisément l'avantage de la méthode que que nous allons décrire, de reposer entièrement sur l'explication donnée par M. Pinard du mécanisme de l'hémorrhagie.

CHAPITRE III

LE MÉCANISME DE L'HÉMORRHAGIE D'APRÈS M. PINARD.

M. le Professeur Pinard a enrichi la symptomatologie de l'insertion basse du placenta de plusieurs symptômes sur lesquels l'attention des accoucheurs n'avait pas été attirée avant lui. Parmi ces symptômes, il en est un qui est de la plus haute importance en raison de sa fréquence, et surtout des rapports qu'il présente avec l'hémorrhagie : c'est la rupture des membranes.

On ne savait autrefois à quelle cause attribuer la rupture prématurée des membranes ; on se contentait de dire que les membranes se rompaient prématurément parce qu'elles étaient trop faibles. Certains auteurs faisaient jouer un rôle à l'hydropisie de l'amnios, la grossesse gémellaire, etc , mais dans bien des cas, aucune de ces causes ne pouvait être incriminée. De l'étude d'un grand nombre d'observations dans lesquelles les membranes s'étaient rompues prématurément, M. Pinard tira la conclusion suivante : que la rupture prématurée des membranes est causée le plus souvent par l'insertion du placenta sur le segment

inférieur. Mais là ne se bornèrent pas ses observations. Il constata encore que les femmes chez lesquelles les membranes s'étaient prématurément rompues, n'avaient pas d'hémorrhagies Toutes les fois que l'hémorrhagie se montrait la première, la rupture prématurée, spontanée ou artificielle, en arrêtait la production, (excepté cependant lorsque le fœtus se présentait par le tronc).

De ces importantes constatations, M. Pinard dégagea des notions nouvelles pour la pathogénie, et pour le traitement de l'hémorrhagie. Il en conclut que, dans l'insertion basse du placenta, la rupture prématurée des membranes et l'hémorrhagie devaient s'expliquer par un mécanisme analogue.

Ces deux accidents de la grossesse sont en relation avec un phénomène particulier : la distension localisée exagérée du segment inférieur. Pendant le cours de la grossesse, l'utérus est le siège de contractions indolentes qui déterminent une pression s'exerçant sur toute la périphérie de l'œuf, et notamment, au niveau du segment inférieur. Lorsque le placenta est inséré en entier au-dessus de ce segment, celui-ci se distend dans sa totalité, régulièrement, ainsi que le faisceau membraneux qui y est accolé. Mais quand le placenta s'insère sur le segment inférieur, toute la portion de la paroi de celui-ci correspondant à cette insertion, ne peut prendre part à son expansion. L'ampliation se fait alors toute, aux dépens de la portion du segment inférieur libre du placenta. Cette portion subira donc une distance considérable et d'autant plus considérable que l'empiètement du placenta est plus étendu, et que les contractions utérines, sont

elles-mêmes plus accusées. Il est aisé de comprendre qu'à la distension localisée, exagérée du segment inférieur va correspondre parallèlement une distension localisée exagérée du faisceau membraneux et plus particulièrement du chorion qui y adhère par l'intermédiaire de la caduque.

Mais « le chorion est extrêmement adhérent au niveau de la face du placenta, il ne peut prêter de ce côté, il tire sur le placenta, et si celui-ci ne cède pas bientôt il se rompt. L'amnios peut résister encore plus ou moins longtemps ; mais comme il est seul à supporter la pression intra-amniotique, il se rompt le plus souvent consécutivement (1).

Lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, tantôt les membranes se rompent prématurément, tantôt elles résistent et le placenta se décolle. Enfin, lorsque les pressions et les distensions localisées ne se produisent qu'au moment du travail, on n'observe ni rupture prématurée, ni décollement placentaire.

Tel est le mécansime de l'hémorrhagie de *cause indirecte*, et il est facile de comprendre que son traitement le plus rationnel consiste dans la déchirure large des membranes. Or, quelquefois, malgré la rupture même large de celles-ci, l'hémorrhagie persiste et persiste même très redoutable. Il s'agit alors d'un *décollement direct* provoqué par l'engagement de la partie fœtale, qui entraîne et décolle le placenta qui est alors véritablement prœvia.

(1) Pinard. — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'HÉMORRHAGIE

Lorsqu'on a diagnostiqué chez une femme l'insertion basse du placenta, n'est-il pas possible de la mettre à l'abri de l'hémorrhagie ? Nous remarquerons d'abord que l'hémorrhagie chez les femmes dont le placenta est inséré sur le segment inférieur n'est pas aussi fréquente qu'on le croyait autrefois. C'est un symptôme qui constitue l'exception. Le placenta, même lorsqu'il est aussi rapproché que possible de l'orifice interne, peut laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme et ne causer aucune hémorrhagie pendant le travail. Or l'observation nous apprend que les femmes n'ayant pas eu d'hémorrhagies sont celles chez lesquelles le segment inférieur n'a été « ni distendu ni descendu » pendant la grossesse. Nous voyons au contraire que les femmes chez lesquelles le fœtus se présente par l'épaule sont plus exposées que les autres aux hémorrhagies. La présentation de l'épaule est en effet une des principales causes de distension de l'utérus. De même, l'hémorrhagie est fréquente chez les femmes dont l'utérus tend pour une cause quelconque à

s'enfoncer dans l'excavation pelvienne. De ce nombre sont les primipares, car chez elles, la tête fœtale s'engage beaucoup plus tôt que chez les multipares.

A côté de la primiparité, d'autres causes tendent à augmenter les pressions que supporte le segment inférieur. Dans les observations que nous avons relevées à la clinique Baudelocque, nous voyons que la plupart des femmes qui ont eu des hémorrhagies pendant leur grossesse exerçaient des professions, la plupart très fatigantes et qu'elles travaillaient lorsque l'hémorrhagie les a surprises. La station debout et l'effort brusque ou répété favorisent en effet la descente de l'utérus et par suite le décollement du placenta. Les traumatismes, et en particulier le traumatisme des rapports sexuels, agissent dans le même sens. Le « traumatisme conjugal » doit être rendu responsable d'un grand nombre d'hémorrhagies, à cause des congestions et des contractions utérines qu'il provoque.

Donc, pour placer une femme dont le placenta s'insère sur le segment inférieur dans les meilleures conditions pour la préserver de l'hémorrhagie, il faudra d'abord empêcher la distension anormale du segment inférieur en corrigeant la présentation de l'épaule par la version par manœuvres externes, et maintenir le fœtus en présentation longitudinale par l'application d'une ceinture eutocique Il est toujours préférable de ramener le sommet en bas, car l'enfant est exposé à de plus grands dangers lorsqu'il se présente par le siège.

De plus, il faudra lutter contre la tendance à l'engagement trop précoce de la tête fœtale et les pressions

qu'elle peut exercer sur le segment inférieur en prescrivant à la femme le repos absolu.

En effet, grâce au repos absolu, repos « du jour et de la nuit » les contractions indolentes de la grossesse sont peu accusées, la partie fœtale en présentation n'a que peu de tendance à appuyer sur le segment inférieur et il devient ainsi possible de mener la grossesse jusqu'à terme.

CHAPITRE V

DE L'EMPLOI DES INJECTIONS CHAUDES

Les injections chaudes ne constituent pas un traitement basé sur la pathogénie de l'hémorrhagie par insertion basse du placenta ; mais elles peuvent rendre de réels services contre les hémorrhagies légères et il est indiqué de les employer avant d'entreprendre des interventions plus actives.

L'action de l'eau chaude sur l'utérus fut étudiée par Claude Bernard. Plus récemment, le Dr Milne Murray d'Edimbourg et le Dr Lorain de Nancy ont étudié les effets de l'eau employée à des températures diverses sur l'utérus des lapines. Nous ne pouvons exposer ici le détail de leurs expériences. La principale conclusion qui en résulte est que la température la plus active est de 50° environ.

Malgré la puissance de leur action hémostatique les injections chaudes ont été pendant longtemps bannies de la pratique obstétricale par un grand nombre d'accoucheurs. On leur a, en effet, reproché de produire l'avortement ou l'accouchement prématuré. On essaya même, vers le milieu du XIXe siècle, d'intro-

duire dans la thérapeutique obstétricale une méthode connue sous le nom de méthode de Kiwisch qui faisait emploi de l'injection chaude lorsqu'il y avait lieu de provoquer l'accouchement.

En réalité, le procédé de Kiwisch n'agit pas en vertu de la température du liquide injecté, mais par la force du jet qui constitue un véritable traumatisme pour les organes gestateurs.

Il faut, en effet, remarquer que la pression du liquide est considérable, le réservoir qui le contient étant placé à une hauteur d'environ six pieds. Aussi ne faut-il pas s'étonner si l'on a réussi par ce moyen non seulement à provoquer l'accouchement, mais encore à perforer, dans certains cas, les culs-de-sac du vagin.

Si nous nous reportons aux expériences faites par M. Pinard, nous voyons que les injections vaginales chaudes employées dans le but de provoquer l'accouchement, chez des femmes pour lesquelles cette indication était bien établie, ne donnent pas le succès que l'on obtient avec la douche de Kiwisch. Parmi ces expériences, nous en citerons une dans laquelle l'irrigation continue dura deux jours et deux nuits ; on fit passer dans vagin pendant ce temps environ 360 litres d'eau chaude. Le travail ne se déclara pas et l'on fut obligé d'avoir recours à d'autres procédés.

« La méthode de Kiwisch n'agit donc pas parce que l'eau chaude est congestive ou irritante, elle agit parce que l'on projette sur le col et le segment inférieur de l'utérus, quelquefois même sur l'œuf lui-même, à travers le canal cervical, un jet provenant d'un réservoir élevé à six ou sept pieds au-dessus du lit.

Le traumatisme est le secret des réussites, et non le contact de l'eau chaude avec le col. »(1)

On pourra donc sans crainte faire usage des propriétés hémostatiques des injections à 50° qui sont d'ailleurs très bien supportées par les femmes.

Pendant l'année 1907, 34 femmes ont été soignées à la Clinique Baudelocque pour des hémorrhagies de la grossesse ou du travail causées par l'insertion basse du placenta. Sur ce nombre, 24 ont été traitées par le repos et les injections chaudes sans que l'on ait eu besoin de recourir à aucune autre intervention.

---

1. Pinard. De l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité. *Médecine moderne*, 1889.

CHAPITRE VI

DE LA RUPTURE DES MEMBRANES

Nous avons montré, en exposant le véritable mécanisme de l'hémorrhagie, que son traitement le plus rationnel était la déchirure des membranes. C'est à ce traitement que l'accoucheur doit recourir lorsque, malgré les injections chaudes, la femme continue à perdre du sang et que la gravité de son état général ne lui permet plus d'en perdre Nous avons vu que c'était le tiraillement des membranes sur le placenta qui le décollait et causait l'hémorrhagie. Pour mettre fin à ce décollement, la rupture large des membranes est nécessaire, quelle que soit l'époque de la grossesse. C'est après avoir constaté l'absence d'hémorragie dans le cas d'insertion basse du placenta alors qu'il y avait eu rupture prématurée des membranes, après avoir observé « que la femme qui perd de l'eau ne perd pas de sang », que M. Pinard a été conduit à rompre les membranes, même avant tout début de travail.

D'autres accoucheurs avaient déjà pratiqué la rupture des membranes, mais leur méthode est bien différente de celle M. Pinard. Mauriceau et Dionis l'avaient

conseillée avant Puzos ; mais elle ne constituait pour eux qu'un temps de l'accouchement forcé. Puzos lui-même ne s'en servait que pour les femmes en travail. En dehors du travail, quand une femme perdait du sang, il pratiquait sur elle d'abondantes saignées. D'ailleurs, ainsi que le dit Chantreuil : « La rupture de la poche qui pour certains auteurs constitue à elle seule la méthode de Puzos, n'était pour lui qu'une opépération complémentaire propre à accélérer la dilatation après qu'elles avaient déjà acquis un degré suffisant ». Puzos provoquait d'abord le travail, et lorsque celui-ci était commencé, il rompait ensuite les membranes dans le but de l'accélérer. « Il s'agit, dit-il, d'augmenter la dilatation de l'orifice avec le travail des doigts dans le même ordre et avec autant de douceur que la nature a coutume de s'y employer dans les cas ordinaires... On est obligé de rappeler les douleurs lorsqu'elles manquent ou de les augmenter lorsqu'elles sont trop faibles. Pour cet effet, il faut introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice avec lesquels on travaille à l'exciter par degrés de force proportionnés à sa résistance : cet écartement gradué, interrompu de temps en temps par des repos, fait naître des douleurs, il met la matrice en action et l'un et l'autre font gonfler les eaux. L'attention pour lors, doit être d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut pour procurer l'écoulement des eaux, parce que leur écoulement diminue déjà l'écartement de la matrice, qu'il fournit à cette partie le moyen de se contracter et de s'emparer de l'espace qu'elles occupaient dans sa cavité. La matrice, ainsi resserrée et tendant à l'être davantage, presse l'enfant du fond vers son orifice ». L'erreur de Puzos était profonde et l'ignorance du véritable mécanisme de l'hémorrhagie manifeste.

M Pinard, en mettant l'hémorrhagie sur le compte des tiraillements subis par les membranes dans les cas d'insertion basse du placenta, a donné la véritable explication de l'arrêt de l'écoulement sanguin à la suite de la rupture de l'œuf.

« Il faut, dit-il, rompre les membranes, car ce sont elles qui, en tiraillant le placenta, le décollent et provoquent les pertes ; mais il ne suffit pas de rompre les membranes, il faut les rompre largement ; la perforation seule ne laissant après elle qu'un trou circulaire, très petit, fait que l'hémorrhagie persiste. Il faut l'éclatement, la rupture sur une large étendue» (1).

Pour cela, toutes précautions antiseptiques prises, il faudra introduire un ou deux doigts dans le vagin, ou au besoin la main entière, examiner attentivement toute l'étendue du segment inférieur, et savoir de quel côté se trouve le placenta, pousser enfin un doigt jusqu'à l'orifice interne et dilacérer les membranes soit avec l'ongle, soit avec un perce-membranes.

Lorsque le col est à sa place normale, plus ou moins rapproché du centre de l'excavation, et qu'on agit avant l'effacement ou au début de la période de dilatation, c'est là une opération facile. Mais on peut rencontrer des difficultés qui sont en rapport d'une part avec l'âge de la grossesse, et d'autre part avec l'état de primiparité ou de multiparité. Etant donné que l'hémorrhagie véritablement sérieuse ne commence en général que dans les trois derniers mois de la grossesse, on comprend que lorsqu'on se trouvera

(1) Pinard. *Union médicale*, 3 juillet 1908.

dans ces conditions, il sera toujours possible d'arriver jusque sur les membranes. D'ailleurs dans l'insertion basse du placenta, le col est mou et extensible, alors surtout qu'il y a eu hémorrhagie.

Est-il possible que chez la primipare, en particulier, on ne puisse pas pénétrer jusque sur les membranes ?

« Dans l'immense majorité des cas, dit M. Pinard, pour ne pas dire toujours, on peut arriver avec un doigt introduit dans la cavité cervicale jusque sur les membranes ; dans quelques cas seulement on sera obligé d'introduire toute la main dans le vagin »

Il faut agir de même dans les cas où l'on n'est appelé que lorsque, une portion considérable du placenta étant déjà décollée, la région du segment inférieur qui lui donnait attache s'est rétractée et laisse à découvert une large surface cotylédonaire. L'accoucheur qui pratique alors le toucher croit avoir affaire à une insertion centrale. Si le toucher avait été fait avant le décollement placentaire, le doigt n'aurait d'abord rencontré que les membranes. Il est donc facile de comprendre que l'expression d'insertion centrale répond à une erreur d'interprétation. Mais dans ces cas, où, après son décollement, le placenta vient obstruer l'orifice, comment doit agir l'accoucheur ? Va-t-il, comme le conseillait Deventer au XVIII^e^ siècle, chercher à passer au travers du placenta ? C'est une voie dangereuse qui expose à décoller complètement cet organe ou à rompre l'insertion du cordon. On ne peut d'ailleurs par ce moyen obtenir une déchirure large et par conséquent l'arrêt de l'hémorrhagie. On devra toujours dans ces circonstances, en insinuant les doigts

en douceur entre l'œuf et les bords de l'orifice, chercher un point où le placenta fait défaut et arriver ainsi aux membranes.

Pour cela, il faut diriger son doigt du côté opposé à celui où se trouve la plus grande partie du placenta. En général, l'exploration par le palper et le toucher le montre surtout situé à la partie postérieure du segment inférieur ; aussi c'est en avant, derrière la symphyse, qu'il faut le plus souvent chercher à rompre les membranes.

Il est donc toujours possible d'exécuter la rupture large des membranes, quelles que soient les difficultés causées par l'âge de la grossesse ou le décollement placentaire. Mais ce traitement a de plus l'avantage d'avoir des indications très précises. Auvard dit en parlant de l'emploi du tamponnement : « Deux cas peuvent se présenter : l'hémorrhagie est nulle ou faible, ou bien elle est grave. Quelle limite tracer entre ces deux variétés ? On éprouve ici le même embarras que pour toutes les hémorrhagies puerpérales ». Lorsqu'il s'agit de rompre les membranes, cet embarras n'existe pas. Assurément l'abondance du sang perdu sera un élément très important pour déterminer la nécessité de l'intervention ; mais son estimation est parfois difficile. La décoloration des muqueuses, l'état nauséeux et la plupart des symptômes que l'on trouve dans les grandes hémorrhagies indiquent aussi un état général grave et demandant aussi une intervention urgente. Mais aucun d'eux ne donne des renseignements aussi précis que l'examen du pouls. C'est le pouls que nous devons attentivement surveiller pour ne pas exposer la femme aux dangers de l'ané-

mie aiguë qui la menace. « Je considère l'étude du pouls, dit M. Pinard, comme pouvant et devant fournir à elle seule, l'indication d'une intervention. Lorsque le pouls, d'une façon permanente, bat 100 fois et au-dessus par minute, il est dangereux de temporiser. Un traitement curatif et définitif s'impose, il y a plus alors qu'une invitation opératoire, il y a nécessité opératoire. Donc tant que le pouls sera au-dessous de 100, on luttera contre l'hémorrhagie en prescrivant à la femme le repos absolu au lit et des injections à 50°. Mais si le pouls se maintient au-dessus de 100, que l'hémorrhagie soit arrêtée, ou a fortiori qu'elle continue, que la femme soit en travail ou dans le cours de la grossesse, que la tête soit engagée ou qu'elle soit encore mobile au-dessus du détroit supérieur, il faut mettre en avant le traitement curatif définitif, c'est-à-dire provoquer l'évacuation totale de l'utérus. Ce traitement curatif et définitif doit donc, tout d'abord, faire cesser l'hémorrhagie, l'empêcher de se reproduire, et de plus provoquer l'expulsion rapide et totale de l'œuf. La rupture des membranes et l'introduction dans l'utérus d'un ballon incompressible, c'est-à-dire du ballon de Champetier de Ribes, remplissent les desiderata du traitement plus et mieux que tous les autres procédés recommandés » (1).

---

(1) Pinard. Clinique obstétricale Leçon du 2 mai 1898.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli les observations concernant le traitement employé à la clinique Baudelocque contre les hémorrhagies causées par l'insertion basse du placenta pendant une période de quatre années, de 1904 à 1908.

La rupture large des membranes a été pratiquée 36 fois :

31 fois pendant le travail et 5 fois pendant la grossesse.

Dans la première catégorie, nous trouvons 21 cas dans lesquels cette intervention, ayant été suffisante pour arrêter l'hémorrhagie, fut la seule pratiquée.

8 fois elle fut suivie de l'introduction du ballon de Champetier et 2 fois de la version bi-polaire.

Dans la seconde catégorie, la rupture des membranes ne fut suivie d'aucune intervention dans 4 cas.

Elle fut une fois suivie de l'introduction du ballon.

Nous résumons ces 36 observations dans le tableau suivant :

Rupture artificielle	Pendant la grossesse	Rupture suivie du ballon :	1	5
		Rupture non suivie du ballon :	4	
	Pendant le travail	Rupt. suivie de la version bi-polaire :	2	31
		Rupture suivie du ballon :	8	
		Rupture non suivie du ballon :	21	

Nous publions ici les observations qui se rapportent aux cas où la rupture large des membranes ne fut suivie d'aucune autre intervention.

1° Rupture artificielle des membranes pendant le travail

La première série d'observations se compose de 21 cas d'hémorrhagie traitée par la rupture large des membranes *pendant le travail*.

Elles montrent de quelle façon a été suivie la méthode que nous venons d'exposer : Tant que le pouls se maintient au-dessous de 100, on se contente de traiter l'hémorrhagie par des injections à 50°. Mais dès que l'on constate d'une façon permanente plus de 100 pulsations par minute, la rupture des membranes est immédiatement pratiquée. On pourra remarquer que plusieurs fois l'opérateur s'est trouvé gêné par la présence de cotylédons placentaires ; lorsque cette difficulté s'est rencontrée, c'est presque toujours en avant, derrière le pubis qu'on est allé chercher les membranes, et il a toujours été possible d'arriver à les rompre.

Dans ces 21 observations, la rupture des membranes a été pratiquée 5 fois chez des primipares et 16 fois chez des multipares.

L'accouchement s'est terminé :

au 9e mois	8 fois
au 8e —	4 —
au 7e —	5 —
au 6e —	1 —
à une époque indéterminée	3 —

14 enfants vinrent au monde vivants. Sur ce nombre,
4 succombèrent dans les 2 ou 3 premiers jours ;
4 enfants succombèrent au cours du travail ;
Enfin 3 étaient morts avant l'intervention.

ANNÉE 1907

Obs. 195. — Insertion vicieuse du cordon. — Rupture large des membranes pour hémorrhagie. — Accouchement prématuré au 9e mois. — Enfant vivant.

C... S. 19 ans, couturière, I pare.

D. R. : 22-25 mai,

Evolution normale de la grossesse jusqu'au 4 février.

Le 4 février, à 7 heures du matin, apparition des contractions utérines douloureuses avec hémorrhagie abondante. La femme vient à la Clinique.

9 heures du matin, pouls : 88. H. U. : 31 cent. Présentation de l'extrémité céphalique orientée en G. T.. Enfant vivant. Col complètement effacé, ouvert comme 1 f. au travers du col, on sent une petite partie du placenta décollée. Injection vaginale à 50°. L'écoulement s'arrête.

9 h. 30 : Nouvelle hémorrhagie au cours de laquelle le pouls monte à 104 puis à 108. Dilatation de 1 f. Rupture large des membranes accessibles en haut et en avant. Injection à 50°. L'hémorrhagie s'arrête. Dilatation complète, 4 février · 1 h. 30.

Expulsion du fœtus : 1 h. 40.

Expulsion spontanée du placenta 10 minutes après. Poids 400 : lésions d'endométrite. Insertion du cordon au bord inférieur du placenta.

Enfant : Garçon, poids : 2.520. Membranes 34/3. L'enfant sort de la clinique en bon état.

Obs. 1214. — Insertion basse du placenta. — Rupture large des membranes. — Accouchement prématuré au 9e mois.

Y... E. 32 ans, ménagère.

VII pare (accouchements antérieurs : 6 sommets spontanés à terme).

D. R. : 6-12 novembre.

Cette femme a eu, au commencement de juillet, une hémorrhagie soignée par des injections chaudes.

Elle vient à la clinique le 31 juillet parce qu'elle a perdu du sang dans la nuit.

Examen : H. U. : 27 cent. col long, entr'ouvert G. T. ; P. : 104, injection vaginale à 50°. L'hémorrhagie cesse complètement ; le pouls descend à 80.

A minuit, apparition de quelques contractions utérines douloureuses accompagnées d'un écoulement sanguin assez abondant. P. : 116. Injection vaginale à 50°. Rupture large des membranes, l'écoulement sanguin s'arrête aussitôt, le pouls redescend à 76. On sent nettement un bord placentaire s'insinuant dans l'orifice au moment des contractions. Celles-ci s'espacent peu à peu. La tête reste élevée. Petit suintement sanguin de temps en temps.

1er août, 8 h. matin. P. : 88, T. : 36° 6.

2 août 6 h. soir, apparition des contractions utérines régulières ; le col est ouvert comme 5 fr. la tête s'engage. 8 h. dilatation d'une petite paume de main. 9 h. Expulsion d'une fille vivante du poids de 2.300 gr.

Délivrance par tractions et expressions combinées. Placenta 420 gr. Membranes 33/1.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

Obs. 1274. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagie pendant la grossesse. — Enfant mort pendant le travail.

V... C. 29 ans, ouvrière cordonnière, VI pare, fécondée pendant l'allaitement.

12 août 5 h. du matin, apparition des premières contractions utérines douloureuses accompagnées d'hémorrhagie abondante. Elle vient à la clinique. Examen : H. U. : 33 cent. Extrémité céphalique, dos à gauche. Auscultation bonne. Toucher : col long. T. : 37°. P. : 104. Léger suintement sanguin ; injection vaginale chaude : La femme ne perd plus.

3 h. soir, dilatation de 2 fr. La tête tend à s'engager. Hémorrhagie abondante. Rupture large des membranes : arrêt de l'hémorrhagie.

4 h. Bruits du cœur faiblement perçus :

5 h. 15, dilatation complète et expulsion d'un enfant mort pesant 2170 gr. Ecoulement de caillots sanguins. Délivrance par expression française Placenta : 330 gr. Membranes : 31/4.

Obs. 1352. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagie au début du travail. — Accouchement prématuré au 7e mois.

N... L., 23 ans, journalière, III pare.

D. R. : 28-31 décembre.

23 août, perte de sang.

26 août. 2e hémorrhagie. Entrée au dortoir. H. U. : 28 cent.

4 h. soir, nouvelle hémorrhagie plus abondante. P. : 108. La tête tend à se fixer. Dilatation : 5 fr.

4 h. 30. Rupture large des membranes, plus d'écoulement.

7 h. 30. Expulsion d'une fille du poids de 2.100 gr. Bon état à la sortie.

Placenta 450 gr. Membranes 34/0.

Obs. 1492. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies. — Expulsion spontanée du placenta suivie d'un fœtus de 610 gr.

V... M. 26 ans, couturière VI pare, fécondée pendant l'allaitement.

Le 6 Septembre au soir, quelques heures après un rapport, la femme perd du sang en grande quantité. Injection chaude après laquelle l'hémorrhagie cesse.

Le 9 Septembre, nouvel écoulement sanguin qui dure quelques instants. La femme garde le repos au lit. Les hémorhagies persistent et apparaissent sans cause apparente.

Le 21 septembre, la femme se fait conduire à la Clinique.

Examen : Corne droite de l'utérus un peu plus développée que la gauche. H. U. : 20 cent. Col long. P. : 100, T. : 36°4. Repos au lit, injections chaudes.

23 septembre. 7 h. 30 soir. Apparition des contractions utérines douloureuses.

9 h. 30: nouvelle hémorrhagie abondante. Le pouls s'élève à 132. Injection à 50°. L'écoulement sanguin s'arrête. Quelques minutes après, l'hémorrhagie se reproduit. Dilatation de 5 fr. Membranes intactes, tête en bas. Le doigt arrive sur le placenta en partie décollé. Rupture artificielle des membranes. L'hémorrhagie s'arrête.

11 h. 25. Expulsion spontanée du placenta se présentant par sa face utérine. Expulsion d'un fœtus mort pe-

sant 610 gr. Caduque épaissie, retenue en partie. Lésions d'endométrite dans le placenta.

Suites de couches normales.

Obs. 1747. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies de la grossesse et du travail. — Déchirure large des membranes. — Accouchement prématuré au 6e mois.

B... E, 26 ans, ménagère.

II pare (1er accouchement 1905, sommet spontané à terme).

D. R. 24-28 février.

2 hémorrhagies en octobre et novembre arrêtées grâce au repos et aux injections chaudes.

Dans la nuit du 8 au 9 novembre, à 3 h. 1/2 matin, la femme se réveille en perdant du sang en assez grande quantité. Mlle Roze constate que la tête est engagée en droite postérieure.

Le vagin est rempli de caillots, la dilatation est de 2 fr. les membranes sont intactes. Pouls 112. Le bord du placenta vient affleurer le bord de l'orifice utérin. Mlle Roze déchire largement les membranes, l'hémorrhagie s'arrête.

5 h. 45, la femme accouche spontanément d'une fille vivante du poids de 2.400 gr. Délivrance par expression française 1 h. 10 après l'accouchement.

Placenta 430 gr. Rétention partielle de la caduque, membranes 37/0.

La mère et l'enfant sortent en bon état le 18 novembre.

Obs. 1879. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies de la grossesse du travail et de la délivrance. — Déchirure large des membranes. — Accouchement prématuré au 8e mois. — Délivrance artificielle

S..., L. 33 ans, ménagère, V pare (six sommets spontanés à termes). D. R. : 7-12 mars.

Evolution normale de la grossesse jusqu'au 12 novembre. A cette date, hémorrhagie abondante ; repos, injections chaudes. L'hémorrhagie se reproduit le 20 novembre ; même traitement.

29 novembre, 3 h. soir, hémorrhagie abondante La femme arrive à la Clinique le 30 novembre à 1 h. matin. P. : 140, T. : 37°4, facies pâle, décoloré ; H. U : 32 cent. Tête mobile au détroit supérieur, position gauche. Auscultation bonne. Au toucher, le doigt arrive sur les cotylédons placentaires situés à gauche ; le col dévié est déhiscent ; aucune partie fœtale n'est accessible.

A 1 h. 5, pendant qu'un aide maintient la tête au détroit supérieur, la sage-femme de garde rompt largement les membranes. La tête s'engage orientée en en G. A.

A 1 h. 50, dilatation complète. Les bruits du cœur fœtal sont sourds.

A 2 h. Expulsion d'une fille du poids de 2.900 gr. en état de mort apparente, ranimée ensuite.

Aussitôt après, la femme perd d'assez gros caillots ; le pouls reste élevé. On pratique la délivrance artificielle ; l'hémorrhagie s'arrête.

Placenta 520 gr., membranes 4 0/0 ; un circulaire du cordon autour du cou.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

ANNÉE 1906

Obs. 234. — Hémorrhagies pendant la grossesse et pendant le travail. — Insertion du placenta sur le segment inférieur. Déchirure large des membranes. — Accouchement au 8e mois.

P. J..., 40 ans, VI pare. Entre à la Clinique le 6 février, à 1 h. soir. Accouchements antérieurs normaux. Enfants vivants.

Grossesse actuelle : D. R. : 12-16 juin.

Hémorrhagies le 30 décembre, le 15 janvier, le 23 janvier.

Le 6 février, un médecin conseille le repos et les injections chaudes. Les hémorrhagies continuent et la femme entre à la clinique.

A l'entrée : P : 104. H. U : 36 cent. Excès de liquide.

Tête dans la fosse iliaque gauche. Auscultation bonne. Toucher : col long ; épaississement à droite sur le segment inférieur. Pas d'écoulement sanguin.

La tête fœtale est amenée au-dessus du détroit supérieur. Ceinture eutocique.

7 février, 2 h. matin : Petit écoulement sanguin, col dilatable comme 2 fr. Rupture large des membranes. L'écoulement sanguin s'arrête, la tête se fixe.

4 h. 30 : Dilatation complète. Expulsion à 4 h. 40 d'une fille vivante pesant 2.400 gr. Délivrance naturelle 30 minutes après l'accouchement. Le placenta se présente par le bord et pèse 530 gr. ; membranes 24/0.

Suites de couches normales.

Mère et enfant quittent le service en bon état le 16 février.

Obs. 1. 365. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies pendant la grossesse. — Déchirure large des membranes à une dilatation de 5 fr. — Enfant mort

L. L..., 26 ans, I pare. Entre à la Clinique le 23 juillet. D. R. : 21-24 novembre.

Hémorrhagies les 23 et 28 juillet et 8 août, traitées par le repos et les injections à 50°.

14 août, 5 h. matin : Début du travail. Présentation de l'extrémité céphalique.

14 août, 7 h. matin : Hémorrhagies. Dilatation de 5 fr. Rupture large des membranes. Les bruits du cœur se ralentissent et cessent.

8 h. 30 matin : La tête s'engage. L'hémorrhagie s'arrête. 300 gr. sérum artificiel.

9 h. 30 : . dilatation complète.

9 h. 35, expulsion spontanée d'un garçon mort-né pesant 2.950 gr.

Délivrance naturelle ; le placenta se présente par la face fœtale et pèse 450 gr. Membranes 34/0.

Suites de couches : 3e jour T. : 39°2. P. : 136 ; 4e jour, T. : 37°6. P. : 120. Le pouls se maintient au-dessus de 100 jusqu'au 8e jour, mais la température est normale.

La femme quitte le service en bon état le 5 septembre.

Obs. 1.373. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagie au début du travail. Rupture large des membranes à une dilatation de 2 fr.

D. M..., III pare. Entre au dortoir de la clinique le 13 août.

D. R. : 25-30 octobre.

Hémorrhagies au début de juillet, puis le 22 juillet et le 12 août. Repos au lit et injection à 50°

15 août, 9h. du matin : hémorrhagie plus abondante. P. : 112. H. U. : 31 cent. Présentation de l'extrémité céphalique dos à gauche, Col dilatable comme 2 fr. On arrive au toucher sur une partie du placenta.

15 août, 9 h. 15 : Rupture large des membranes. Injections à 50°. L'hémorrhagie s'arrête.

3 h. soir : nouvelle hémorrhagie : la tête en s'engageant pousse au-devant d'elle une partie du placenta décollé.

4 h. 15, dilatation complète.

5 h, expulsion d'une fille vivante pesant 2.850 gr.

Délivrance naturelle : le placenta se présente par la face fœtale et pèse 440 gr. Membranes 42/0. Suites de couches normales.

Mère et enfant quittent le service en bon état le 26 août.

Obs. 1711. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies pendant la grossesse et le travail. — Rupture large des membranes. — Version interne.

R. M..., 27 ans, VI pare. Entre à la Clinique le 12 octobre, à 5 h. soir.

D. R. : 7-12 mars.

Hémorrhagies successives les 10 septembre, 5 octobre, 11 octobre.

Début du travail : 13 octobre, 11 h. 30 matin, P. : 104 H. U. : 31 cent, Tête dans la fosse iliaque gauche. Auscultation normale. Col dilatable comme 50 cent. Membranes intactes.

Midi 45 : P. : 120. Ecoulement sanguin persistant. Col dilatable comme 5 fr. Mlle Roze pratique la rupture large des membranes pendant qu'un aide ramène et maintient la tête au détroit supérieur. Un flot de sang jaillit des organes génitaux. On tente vainement d'introduire un ballon de Champetier.

1 h. 10 soir : M. Sauvage pratique la version interne. Extraction d'une fille vivante pesant 2.250 gr. et qui meurt dans les 24 heures qui suivent sa naissance.

Délivrance artificielle immédiate ; le placenta pèse 410 gr. Membranes 34/0. 700 gr. de sérum artificiel.

Suites de couches normales.

Obs. 2076. Insertion basse du placenta. — Rupture large des membranes. — Accouchement prématuré au 7e mois. — Enfant vivant.

M..., M. 26 ans, ménagère, V pare.

D. R. : 15 au 23 mai.

Evolution normale de la grossesse jusqu'en novembre. A cette époque perte de sang abondante. Repos au lit pendant 15 jours.

Le 17 novembre, nouvelle hémorrhagie avec caillots. Elévation de la température, frissons répétés.

Le 18 décembre. la femme entre à la Clinique. P. : 144, T. : 39°. Utérus tendu. Présentation de l'extrémité céphalique dos à gauche. Enfant vivant. Au toucher, on trouve le col en voie d'effacement, dilatation d'un fr. Membranes intactes. Epaississement considérable du segment inférieur. Aucun écoulement de sang ne se produit jusqu'à 2 h. du matin.

A 2 h. écoulement de sang assez abondant. Dilatation de 5 fr. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Rupture large des membranes pendant qu'on maintient la tête au D. S.

A 2 h. 50, dilatation complète. Expulsion d'un garçon vivant pesant 2.030 gr.

30 minutes après, délivrance par expression française. Injection intra-utérine à l'aniodol. L'utérus se rétracte et la femme ne perd plus.

Placenta 400 gr. Membranes : 35/1.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

ANNÉE 1905

Obs. 798. — Hémorrhagie par insertion basse du placenta. — Déchirure large des membranes. — Cessation de l'hémorrhagie. — Accouchement au 9e mois.

T. M..., 24 ans. II pare. 1er accouchement normal. Enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R. : 5-11 septembre.

26 Mai : 3 h. soir, 1re hémorrhagie traitée à la Clinique par une injection vaginale à 50°. L'hémorrhagie s'arrête.

3 h. 15, apparition des premières contractions utérines. douloureuses. Le pouls est à 104.

4 h. soir ; Col en voie d'effacement. Pouls à 92.

4 h. 30 : Nouvel écoulement sanguin. Pouls à 100. Déchirure large des membranes. Injection vaginale à 50°. L'écoulement cesse et ne se reproduit plus. La tête est toujours élevée. 6 h. ; Pouls à 88. La tête s'engage en O.I.D.P. L'orifice utérin est dilaté comme 2 fr.

8 h. 15 : Dilatation complète. Expulsion à 9 h. 15 soir d'un garçon vivant pesant 3030 gr. Le placenta est expulsé aussitôt après la sortie de l'enfant. Présentation du bord. Poids : 500 gr. Membranes complètes : 39/7.

Suites de couches normales.

Mère et enfant quittent le service en bon état le 5 juin.

Obs. 853. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies pendant la grossesse et le travail. — Rupture large des membranes et injections intra-cervicales à 50°. — Enfant mort pendant le travail.

G. M...., 26 ans. IV pare. 3 accouchements antérieurs normaux. Enfants nés vivants.

Grossesse actuelle. — D.R. 7-10 septembre.

En mars, hémorrhagie peu abondante qui dure 2 jours.

15 jours après, nouvelle hémorrhagie plus abondante que la précédente.

La femme entre à l'hôpital Boucicaut où on la soigne pendant 6 jours avec des injections chaudes et des lavements laudanisés.

Début du travail le 7 juin à 1 h. soir ; en même temps se produit un léger écoulement sanguin par la vulve. La femme vient aussitôt à la clinique Baudelocque.

Examen à l'entrée, 1 h. 30 soir. H.U. : 34 cent. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite. Enfant vivant. Col en voie d'effacement.

Membranes intactes. Léger suintement sanguin.

3 h. 30 soir : Hémorrhagie abondante. Le pouls qui était à 90 à l'arrivée, s'accélère, bat 104, 112, 120. La peau et les muqueuses se décolorent. Col incomplètement effacé, mais largement perméable. Le doigt arrive en avant sur des cotylédons placentaires décollés et en arrière sur les membranes qui bombent au moment des contractions. M. Sauvage déchire largement les membranes : liquide amniotique normal. 500 gr. de sérum artificiel. Après la déchirure des membranes, l'écoulement sanguin s'arrête complètement. Le pouls revient à 104.

La tête fœtale commence à s'engager sous l'influence des contractions utérines qui sont énergiques et rapprochées.

A 5 h., les contractions commencent à s'espacer :

A 6 h., des caillots remplissent le vagin. Pouls : 136, injections vaginales chaudes.

A 7 h. l'hémorrhagie recommence. Injection intra-cervicale prolongée à 50°. L'utérus se contracte plus fréquemment. Pendant l'injection, le col finit de s'effacer. La tête appuie fortement sur les bords de l'orifice qui se dilatent.

La femme ne perd plus. Pouls : 96. Les bruits du cœur fœtal sont ralentis.

11 h. soir, nouvelle injection intra-cervicale à 50°. Les bruits du cœur ne sont plus perçus. Pouls à 92. La dilatation se complète rapidement.

A 11 h. 30, expulsion d'un enfant mort présentant 2 circulaires autour du cou. C'est un garçon qui pèse 3.500 gr. Délivrance naturelle 30 minutes après l'accouchement. Placenta : 480 gr. Membranes complètes : 29/0.

Suites de couches normales.

La femme quitte le service le 8 juin.

Obs. 866. — Insertion basse du placenta. — Accouchement prématuré. — Hémorrhagies de la grossesse et du travail. — Déchirure large des membranes au cours du travail. — Enfant mort.

B. E., 27 ans II pare.

1er accouchement normal, enfant vivant.

Grossesse actuelle : D. R. : 8-14 octobre. Depuis le 2e mois de la grossesse, léger écoulement sanguin.

Le 8 juin, à 8 h. soir, alors que depuis 15 jours la femme ne perdait plus, il se produit une hémorrhagie très abondante suivie de syncope ; puis l'hémorrhagie s'arrête spontanément.

A minuit, ressentant des douleurs vives dans le ventre et dans la région lombaire, la femme se lève.

A 3 h. matin, une nouvelle hémorrhagie plus abondante se produit. Un médecin appelé fait un tamponnement vaginal précédé de 2 injections chaudes.

A 8 h. matin, la femme est amenée à la Clinique. Faciès pâle, muqueuses décolorées. P. : 92. T. : 36°5. Il n'y a pas d'écoulement sanguin. Le ventre est douloureux et tendu. Le tamponnement est retiré, légèrement

teinté de sang. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite. Auscultation négative ; col en voie d'effacement.

11 h. 30 matin : léger écoulement sanguin. P. : 92. Injection vaginale chaude. Pendant l'après-midi, les contractions utérines sont espacées.

6 h. 30 soir, écoulement sanguin assez abondant. P. à 104. Mlle Roze rompt largement les membranes. La dilatation est de 2 fr. L'écoulement sanguin s'arrête.

10 h. 45 soir, dilatation complète.

10. h. 50 : Expulsion d'une fille morte pesant 1.320 gr.

Délivrance spontanée 5 minutes après l'accouchement. Placenta, 270 gr. Membranes complètes : 29/0.

Suites de couches normales.

Obs. 1023. — Hémorrhagies pendant le travail. — Rupture large des membranes. — Accouchement prématuré.

H. M..., 32 ans, II pare.

Le 6 juillet, à 1 h. soir, hémorrhagie. La femme est amenée à la Clinique Baudelocque.

Examen : P : 110 ; H. U. : 29 cent. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite. Enfant vivant. Col dilaté comme 2 fr. Injection vaginale à 50° L'hémorrhagie s'arrête. Le pouls descend à 90.

A 8 heures, dilatation d'une petite paume de main. Hémorrhagie. Déchirure large des membranes.

A 9 h. 50 : Dilatation complète. Expulsion à 10 heures soir d'un garçon vivant pesant 2.000 gr. et qui meurt après la naissance.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement. Placenta 320 gr. Membranes incomplètes.

Suites de couches normales. La femme quitte le service le 14 juillet

Obs. 1098. — Hémorrhagie pendant le travail. — Rupture large des membranes.

M. M..., 36 ans, III pare. 2 accouchements antérieurs normaux. Enfants vivants.

Grossesse actuelle : fécondée pendant l'allaitement.

Le 18 juillet, 5 h. 20 soir : hémorrhagie soudaine peu abondante.

Début du travail à 5 h. 30 soir. La femme est transportée à la salle de travail H. U. : 33 cent. Enfant vivant. Col en voie d'effacement.

5 h. 45 soir. Dilatation de 2 fr. Hémorrhagie. Déchirure large des membranes.

6 h. 45 soir. Dilatation complète. Expulsion à 7 h. soir d'une fille vivante pesant 3.750 gr.

Délivrance naturelle 30 minutes après l'accouchement. Placenta 600 gr. Membranes incomplètes.

Suites de couches normales.

Mère et enfant quittent le service en bon état, le 27 juillet.

Obs. 1676. — Insertion basse sur le placenta. — Hémorrhagie au début du travail. — Rupture des membranes. — Expulsion au 8e mois d'un enfant mort présentant de la rigidité cadavérique et pesant 1.750 gr.

I. J..., 19 ans. I pare ; D. R. : 1-15 mars.

Le 12 novembre, à 6 h. matin, cette femme a eu un rapport suivi immédiatement d'une hémorrhagie abondante.

A 10 h. 30, elle entre à la salle de travail. H. U : 27 cent. Enfant vivant mais dont les bruits du cœur sont irrégu-

liers. Col long, ouvert comme 1 fr. Membranes intactes. L'hémorrhagie devient plus abondante.

Midi, léger écoulement sanguin. Pouls à 88. Placenta décollé à droite et en avant. Bruits du cœur nuls.

Midi 30 : Nouvelle hémorrhagie. P. : 112. Rupture des membranes.

1 h. 40 : La femme perd à nouveau. La tête fœtale décolle le placenta au-devant d'elle.

3 h. 15 : Dilatation de 5 fr. ; le bord du placenta est accessible. P. : 108. Injection à 50°.

3 h. 30 : Injection de sérum artificiel.

6 h. 40 : Dilatation complète.

6 h. 55 : Expulsion d'une fille morte pesant 1.750 gr.

7 h. 25 : Délivrance par extraction simple. Placenta : 300 gr. Membranes 4 0/0 ; P. : 116. Injection intra-utérine prolongée.

Légères élévations de température pendant les premiers jours des suites de couches.

ANNÉE 1904

Obs. 60. — Hémorrhagie par insertion basse du placenta. — Rupture artificielle des membranes. — Accouchement au 7e mois.

P..., 31 ans, IV pare. (1er et 3e accouchements normaux, 2e grossesse terminée par un avortement de 5 mois 1/2.

Grossesse actuelle. D.R. 10 juin. Apparition de petites contractions douloureuses dans la matinée du 10 janvier. Vers 5 h. 30 du soir, hémorrhagie. Arrivée à la Clinique 9 h. soir. Examen : H. U. : 25 cent. Tête en bas, mobile, dos à droite. Auscultation bonne. Col long, perméable. Membranes intactes.

La femme perd toujours du sang. T. : 37°2. P. : 154.

Déchirure large des membranes. Injections vaginales chaudes. Le pouls descend à 140, puis à 120 et 104.

Le 11 janvier, à midi, expulsion d'une fille pesant 1.350 gr. et qui succombe quelques heures après la naissance.

Délivrance par expression française 35 minutes après l'accouchement. Le placenta se présente par son bord et pèse 280 gr. Les membranes sont dissociées ; 20/2.

Suites de couches normales.

Obs. 188. — Hémorrhagies de la grossesse et du travail. — Déchirure large des membranes. — Accouchement au 7e mois.

X..., I pare, D. R. : 13-18 juin.

Le 3 décembre, écoulement sanguin persistant jusqu'au 15 décembre.

Le 12 janvier, nouvelle hémorrhagie plus abondante accompagnée de contractions douloureuses.

Le 4 février, perte de sang évaluée à 300 gr. Début du travail. La femme entre à la clinique. P. : 104. Extrémité céphalique, dos à gauche. Enfant vivant.

3 h. soir : Dilatation de 2 fr. Déchirure large des membranes. La tête venant appuyer sur les bords de l'orifice arrête tout écoulement.

4 h. soir : Dilatation complète.

Expulsion, à 6 heures, d'un garçon vivant pesant 2.550 gr. qui meurt le 2e jour, Délivrance naturelle. Placenta 500 gr. Membranes 30/2.

Suites de couches normales.

Obs. 1651. — Hémorrhagie du travail. — Déchirure large des membranes au début du travail. —Enfant mort.

M. V..., I pare. 23 ans. D.R. : 20-23 mai.

j Le 20 septembre, perte sanguine qui dure environ une ournée et s'arrête spontanément.

Le 24 novembre, vers 1 h. 30 du matin, la femme a des contractions utérines douloureuses ; vers 3 h. écoulement sanguin. Elle vient à la Clinique. Perte de sang pendant le trajet.

Examen à l'entrée : H. U. : 26 cent. Présentation du siège. Auscultation négative. Au toucher, le col, perméable dans toute son étendue, permet d'arriver sur une masse mollasse, friable, qui semble être le placenta. Injection vaginale à 50°. Déchirure large des membranes en avant à l'aide d'un perce-membranes.

Midi : Dilatation complète. Expulsion spontanée d'une fille morte pesant 1.330 gr. Délivrance spontanée 5 minutes après. Placenta : 330 gr. Membranes : 32/0.

Suite de couches normales.

2e Rupture artificielle des membranes pendant la grossesse

Les observations qui précèdent se rapportent à des cas de rupture large des membranes effectué *pendant le travail* Mais cette intervention doit être également pratiquée *pendant la grossesse*, lorsque l'état du pouls indique qu'il y a danger à laisser l'écoulement sanguin persister ou reparaître.

De 1904 à 1908 la rupture des membranes fut pratiquée 4 fois dans ces conditions :

Chez 2 multipares, la grossesse était au 8e mois, année 1905 (obs. 752 et 1643)

Chez une primipare et chez une multipare, elle était parvenue au 9e mois (année 1905, obs. 1643 et année 1907, obs. 867).

En ce qui concerne les enfants : deux furent vivants (année 1906, obs. 1032 et année 1905, obs. 1643). Les deux autres succombèrent

ANNÉE 1907

Obs. 867. — Insertion du placenta sur le segment inférieur. — Pouls à l'arrivée : 120. — Rupture large des membranes. — Sérum 500 gr. Application de forceps pour souffrance du fœtus. — Enfant mort-né.

B... M., 20 ans I pare. D.R. : 15-18 septembre.

Vient à la consultation pour la première fois le 24 avril : Tête dans le flanc gauche, version.

21 mai : 2e consultation : siège complet, version. On constate au toucher la présence d'un bourrelet vaginal.

23 mai : 3e consultation : H. U. : 40 cent. : Hydramnios. Tête en bas, dos à gauche. Auscultation bonne. Col long.

25 mai : hémorrhagie qui s'arrête sous l'influence du repos.

Cette femme entre à la Clinique le 2 juin à 8 h. 55 soir Elle perd du sang. Pouls : 120. T. : 36°4.

Examen : H. U. : 34 cent., excès de liquide. Tête en en bas très mobile. Col dévié à gauche, non effacé, perméable au doigt. Injection vaginale à 50° de 4 litres : l'écoulement s'arrête.

A minuit, nouvelle hémorrhagie brusque et abondante. P. : 120. Col dévié à gauche, membranes très épaissies, cotylédons perçus à l'orifice. Mlle Roze ramenant le col de gauche à droite, rompt largement les membranes derrière la symphyse pubienne. Il s'écoule une grande quantité de liquide et de sang. A partir de ce moment, la tête se fixe et la femme rentre en travail. L'hémorrhagie

s'arrête. Injection sous-cutanée de 500 gr, de sérum salin. Le pouls pris toutes les heures accuse une baisse rapide.

A 7 h. dilatation complète, auscultation bonne.

A 7 h. 45, les bruits du cœur se ralentissent et s'assourdissent.

A 8 h. 30, application de forceps, extraction d'une fille mort-née du poids de 2.850 gr.

A 9 h. Extraction du placenta par expressions et tractions combinées. : Placenta : 600 gr. Membranes . 47/0.

6 juin, 7 h. soir : injection intra-utérine à l'aniodol P. : 120, T. : 38°. S. A. : 80 g.

7 juin matin, P. : 84, T. : 36°8. Soir : P. : 120. T. : 38°. Ecoulement lochial fœtide. S. A. : 80 gr., injections vaginales fréquentes ; injection intra-utérine, le premier liquide revient sale et odorant.

8 juin matin : P. : 128, T. : 38°, soir : P. : 104, T. . 38° S. A. 80 gr.

14 juin : part sur sa demande.

ANNÉE 1906

Obs. 1032. — Insertion basse du placenta. — Rupture artificielle des membranes avant le début du travail. — Enfant vivant.

J. N..., 27 ans, ménagère III pare. Les 2 premiers accouchements prématurés au 8e au 9e mois.

Grossesse actuelle. — D. R. : 25-28 septembre.

Le 15 juin léger écoulement sanguin ; vient à la Clinique à 7 h. 30 soir. H. U. : 34 cent. Présentation de l'extrémité céphalique très élevée, dos à gauche. Col ayant toute sa longueur. mais perméable ; membranes intactes. On arrive directement à droite sur le bord placentaire décollé dans une petite étendue. P. : 112. Mlle Roze

rompt largement les membranes. L'écoulement sanguin s'arrête.

Minuit. Apparition des premières contractions utérines douloureuses. La tête descend et à une dilatation de 5 fr. le placenta n'est plus accessible. P. : 72.

16 juin, 8 h. 20 matin : Dilatation complète, expulsion spontanée d'un garçon vivant pesant 3.100 gr. — Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement.

Placenta 480 gr. Membranes 33/0.

Suites de couches normales.

ANNÉE 1905

Obs. 752. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagie au cours du 8e mois. — Déchirure large des membranes. — Mort de l'enfant pendant le travail. — Délivrance incomplète ; extraction des cotylédons placentaires détachés.

S. A..., 42 ans, II pare.

1er accouchement normal. Enfant vivant.

Grossesse actuelle : D. R. : 7-9 octobre.

Le 12 mai, 6 h. matin, la femme a une hémorrhagie abondante qui dure 20 minutes. Un médecin appelé conseille le repos absolu.

Le 13 mai, consultation à la clinique Baudelocque. H. U. : 29 cent. Présentation du siège, dos à droite. Enfant vivant. Une sage-femme pratique la version par manœuvres externes et conseille à la femme de revenir immédiatement si elle perd à nouveau.

Dans la nuit du 13 au 14 mai, nouvelle hémorrhagie moins abondante que la première.

Le 18 mai, à 1 heure du matin, écoulement sanguin peu abondant, mais continu. La femme revient à la Clinique en ambulance à 11 heures du matin.

Examen à l'arrivée : Pouls à 100 ; état général assez satisfaisant ; écoulement de sérosité sanguinolente par la vulve. Présentation de l'extrémité céphalique mobile, dos à gauche. Enfant vivant. Col perméable dans toute sa longueur et dévié en avant. La femme est admise au dortoir.

A midi 30 ; hémorrhagie très abondante. Pouls à 128. On fait une injection vaginale à 50° et on transporte la femme à la salle de travail pour mieux la surveiller. L'état général s'altère rapidement ; la peau et les muqueuses se décolorent ; le pouls devient incomptable : la femme est dans un état d'hébétude. L'hémorrhagie un instants arrêtée redevient abondante.

Au toucher on sent les membranes épaisses, rugueuses et on les déchire largement à l'aide du perce-membranes, en avant de l'orifice, derrière la symphyse.

L'écoulement sanguin cesse complètement et ne se reproduit plus. Injection sous-cutanée de 700 gr. de sérum. L'état général de la femme s'améliore rapidement et le pouls redevient perceptible ; il bat à 130 par minute. Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent à 1 h. soir.

2 h. soir : l'orifice est dilaté comme 2 fr. ; la tête s'engage en O.I.G.A. On n'entend plus les bruits du cœur fœtal. Le pouls est à 116, mais filiforme.

3 h. 35 : dilatation complète.

3 h. 45 : Expulsion d'un fœtus, de sexe masculin, pesant 1.730 gr., ne présentant aucun battement cardiaque. Pendant la délivrance, le pouls, toujours faible et dépressible ne dépasse pas 100 ; pas d'écoulement sanguin.

Au bout de 30 minutes, délivrance par extraction simple sans incident. L'examen du placenta fait constater

l'absence d'un important fragment à sa périphérie. Ecoulement sanguin. Pouls à 140. Mlle Roze introduit alors la main dans l'utérus et décolle quelques fragments placentaires insérés en avant et au niveau du segment inférieur et qui représentent deux ou trois cotylédons (poids : 60 gr.) Placenta 300 gr. Membranes complètes : 36 0. Injection intra-utérine prolongée et injection sous cutanée de 500 gr. de sérum. La femme reste très pâle, mais son pouls revient à 108.

20 mai, soir T. : 38°, 2 ; P. : 116. Injection intra-utérine; liquide clair.

21 mai, matin T. : 38°6 ; P. : 112 Injection intra-utérine ; liquide sale.

Du 21 au 24 mai, la température oscille entre 36°8 et 38.

Ensuite température normale.

La femme quitte le service en bon état le 7 Juin.

Obs. 1643. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies pendant la grossesse. — Déchirure large des membranes. — Enfant vivant.

B. J..., 35 ans, III pare. — 1re grossesse : avortement au 3e mois. 2e accouchement normal.

Grossesse actuelle. — D. R, : 3-5 mars.

Première hémorrhagie dans la nuit du 15-16 septembre.

Le 4 novembre, 2e hémorrhagie. Entrée à la Clinique.

Le 7 novembre, 7 h. 30 matin, perte de sang et de caillots : P. : 128. Le col est largement perméable, les membranes sont accessibles à gauche et en avant, la tête est en bas accompagnée d'une main et de l'avant-bras. Déchirure large des membranes ; réduction de la procidence. La tête descend ; l'hémorrhagie s'arrête. Bruits du cœur bons. Pouls à 120.

24 novembre, soir. Nouvelle hémorrhagie, le pouls

monte à 108, puis à 116. Injection à 50° : l'hémorrhagie s'arrête.

2 h. 35 ; dilatation complète. Expulsion d'une fille vivante pesant 2.600 gr. Délivrance 30 minutes après l'accouchement. Placenta, 500 gr. Membrane, 42/0. Suites de couches : 38° le 10e jour.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

3° Rupture spontanée des membranes.

A côté des cas où l'hémorrhagie fut arrêtée par la rupture artificielle des membranes, nous citerons ceux où elle cessa sous l'influence de leur rupture spontanée. La rupture spontanée des membranes est en effet une conséquence de l'insertion basse du placenta qui constitue le traitement naturel de l'hémorrhagie. Ainsi que l'a dit M. Pinard : « La femme qui perd de l'eau ne perd pas de sang. »

De 1904 à 1908, 9 fois l'hémorrhagie fut arrêtée grâce à la rupture spontanée des membranes.

Nous ne rapporterons pas ici ces observations, aucun traitement n'ayant été pratiqué. Nous signalerons seulement que sur ces 9 cas la rupture fut 3 fois précoce et 6 fois prématurée. 8 enfants vinrent au monde vivants ; sur ce nombre 2 succombèrent dans les deux premiers jours. Un enfant mourut au début du travail.

Dans tous ces cas la rupture mit fin à l'hémorrhagie. Cet heureux résultat ne fut pas obtenu dans l'observation que nous publions ci-dessous, qui concerne une femme amenée à la Clinique dans un état très grave et avec les membranes rompues, et qui succomba malgré tous les moyens employés.

ANNÉE 1906

Obs. 1048. — Femme arrivée dans un état extrêmement grave. — Hémorrhagies par insertion basse du placenta. — Evacuation de l'utérus (6e mois). Mort quelques heures après l'entrée dans le service.

B. L..., 30 ans, XI pare. Entre à la clinique, le 20 juin, à 7 h. 30 matin.

4 1ers accouchements normaux. Enfants vivants. 5e grossesse terminée par un avortement de 5 mois. Délivrance artificielle. 6e, 7e, 8e, 9e, 10e grossesses de 1902 à 1905 terminées par des avortements de 2 à 5 mois.

Grossesse actuelle : D. R : 14-18 décembre.

Cette femme n'aurait pas perdu de sang pendant la grossesse ; elle est amenée parce qu'elle a eu une hémorrhagie considérable ; la literie aurait été traversée et le sang aurait coulé dans la chambre.

A l'entrée : Etat extrêmement grave, le pouls n'est plus perceptible. Muqueuses décolorées. Respiration accélérée et entrecoupée. Pupilles dilatées : marbrures de la paroi abdominale. La femme parle difficilement et à voix basse.

H. U. : 24 cent. Col long perméable à 2 doigts.

Le placenta décollé recouvre l'orifice. Membranes rompues. Pas d'écoulement sanguin. Après avoir tenté de remonter l'état général par des injections sous-cutanées de sérum artificiel, de caféine, d'éther, M. Sauvage évacue l'utérus. Extraction d'un fœtus du sexe masculin pesant 670 gr. et du placenta qui est complètement décollé. Le placenta pèse 280 gr. Membranes déchirées.

Pendant l'extraction et à aucun moment la femme n'a perdu du sang dans le service.

Malgré tous les moyens employés (1.800gr. sérum artificiel, caféine, éther, inhalations d'oxygène), la femme reste dans un état de shock, le pouls n'a jamais été perceptible.

Elle succombe à 1 h. 50 soir.

CHAPITRE VII

DU BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES.

L'hémorrhagie s'arrête ordinairement après la rupture des membranes. Dans les cas où elle continue, elle n'a plus pour cause les tiraillements exercés par les membranes, puisque la large solution de continuité qu'elles présentent ne leur permet plus de décoller le placenta, mais celui-ci se trouve directement décollé par la partie fœtale qui le repousse devant elle. Pour lutter contre une hémorrhagie due à un pareil mécanisme, il faut chercher à refouler la portion du placenta déjà décollée vers un des côtés du segment inférieur, tout en activant la dilatation de l'orifice afin de permettre l'évacuation de l'utérus.

Rien ne remplit mieux ces indications que le ballon de Champetier de Ribes. C'est en 1888 que Champetier de Ribes inventa son ballon qui se distingue de ceux précédemment employés par son irréductibilité, son volume et sa forme conique. Avec la méthode de Barnes, il fallait se servir d'une série de sacs différemment calibrés qui possédaient le même inconvénient que le ballon Tarnier, celui de ne pas avoir

un volume et une forme irréductibles et de pouvoir être par conséquent « laminés au travers d'un orifice insuffisamment dilaté »(1).

Le ballon Champetier fait en soie caoutchoutée, tissu inextensible, et renfermant un liquide incompressible présente l'avantage d'être irréductible ; grâce à cette propriété, il ne peut sortir de l'utérus avant que l'orifice de celui-ci ait acquis un degré de dilatation correspondant au volume du ballon. Le gros ballon Champetier ayant une circonférence de base de 33 centimètres, la dilatation qu'il produit permet le passage d'une tête fœtale à terme. Grâce à sa forme conique, il s'insinue comme un coin dans l'orifice du col en comprimant le placenta dont il empêche le décollement de se poursuivre ; enfin il active le travail en jouant le rôle de la poche des eaux.

Nous ne voulons pas entrer ici dans l'exposé de la méthode à suivre pour l'introduction du ballon qui se trouve bien décrite dans tous les traités classiques. Nous rappellerons seulement qu'il ne faut ouvrir la pince qui sert à l'introduire que lorsque son articulation sera parvenue au niveau de l'orifice externe. De plus, on aura soin de ne jamais injecter de liquide au moment d'une contraction par crainte d'une rupture utérine.

Il faudra toujours employer un ballon de dimensions suffisantes pour produire la dilatation nécessaire au passage du fœtus.

L'auscultation devra être régulièrement pratiquée après l'introduction du ballon, car celui-ci pourrait

(1) Varnier. *Revue pratique d'obstetrique et de pœdiatrie.*

comprimer le cordon. Il sera alors indiqué de dégonfler le ballon et de le réintroduire dans de meilleures conditions.

Si les contractions n'apparaissent pas, il suffit de retirer une certaine quantité de liquide pour que le ballon s'engage dans le col et se comporte comme le ferait la poche des eaux.

En associant les tractions aux alternatives de réplétion et de déplétion, il est possible par cette « manœuvre du ballon » d'obtenir dans les cas urgents une dilatation très rapide.

L'emploi du ballon Champetier de Ribes présente de sérieux avantages sur la version bi-polaire et l'abaissement d'un pied destiné à agir comme tampon dans les cas où le placenta largement décollé est poussé hors de l'utérus par la partie fœtale qui s'engage. Avec le procédé de Braxton Hicks, le tamponnement exercé sur le placenta est bien inférieur à celui obtenu par le ballon Champetier de Ribes, la dilatation est nulle. Enfin, le ballon Champetier de Ribes ne produisant sur le fœtus aucune excitation du réflexe respiratoire, ne risque pas de provoquer chez lui des respirations prématurées.

Après la sortie du ballon, si le fœtus n'est pas expulsé spontanément, son extraction par le forceps ou la version se trouve remarquablement facilitée.

Les bons résultats que l'on obtient pour l'arrêt de l'écoulement sanguin et la rapidité de l'accouchement montrent que l'emploi du ballon Champetier de Ribes constitue contre les hémorrhagies de cause directe, un traitement d'une supériorité incontestable.

OBSERVATIONS.

De 1904 à 1908, le ballon de Champetier de Ribes fut employé 10 fois à la clinique Baudelocque pour combattre l'hémorrhagie *de cause directe*. On obtint l'arrêt de l'écoulement sanguin dans tous les cas sauf dans celui qui fait l'objet de l'observation 904 (année 1905) où la femme succomba malgré le traitement. On fut obligé de recourir à l'introduction de trois ballons, les deux premiers ayant été trouvés crevés et dégonflés dans le vagin. Dans les 9 autres cas la durée de la dilatation fut très courte grâce à l'emploi du ballon qui ne resta en place que 9 h. 30 dans le cas où son application dura le plus, et en moyenne 3 h. 30 seulement.

Le ballon avait été introduit,
Au début de la dilatation : 5 fois.
A une dilatation de 2 fr. : 1 fois.
A une dilatation de 5 fr. : 2 fois.
A une dilatation d'une paume de main. 1 fois.

Dans tous les cas où le ballon fut employé, la rupture des membranes avait été artificielle, une seule fois elle fut spontanée au début de la dilatation (obs. 2.078 année 1906).

Après l'expulsion du ballon on eut recours :
7 fois à la version par manœuvres internes.
1 fois à une application de forceps.

1 fois à l'abaissement d'un pied (présentation du siège).

Une fois enfin l'expulsion fut spontanée.

ANNÉE 1906.

Obs. 255. — Hémorrhagies à répétition. — Insertion vicieuse du placenta. — Ballon de Champetier. — Version interne. — Enfant vivant.

D. H..., 30 ans, II pare. Entre à la Clinique le 7 février.

1er accouchement normal, enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R. : 20-21 juin.

Hémorrhagies intermittentes du 6 au 10 février.

10 février, 3 h. matin. Nouvelle hémorrhagie. Présentation de l'extrémité céphalique mobile ; col long, dans lequel on sent une languette du placenta. Membranes intactes. P. : 96.

5 h. 15. P. : 104. Déchirure large des membranes.

7 h. soir. L'écoulement sanguin reprend. P. ; 112-120. La tête fœtale reste au-dessus du détroit supérieur.

8 h. soir. P. : 120. Introduction d'un ballon de Champetier de 400 gr. L'hémorrhagie s'arrête. Auscultation bonne.

8 h. 30 soir. Pouls bien frappé. 500 gr. sérum artificiel Dilatation d'une paume de main.

10 h. soir. Même état de la dilatation. P. : 112. 70 gr. de liquide sont enlevés du ballon, puis réinjectés.

10 h. 15 soir. Dilatation complète. M. Sauvage pratique la version interne et extrait une fille vivante pesant 2.400 gr.

Délivrance artificielle immédiate. Le placenta pèse 460 gr.

Suites de couches normales.

Obs. 663. — Hémorrhagies pendant la grossesse et pendant le travail. — Déchirure large des membranes. — Ballon de Champetier. — Version interne. — Extraction d'un enfant mort.

D. M..., 28 ans, I pare. Entre à la Clinique le 9 avril à 11 h. 30 matin.

D. R. : 1-7 juillet.

Hémorrhagies à répétition depuis le 28 mars, traitées par le repos et les injections chaudes.

A l'entrée : P. : 96. H. U. : 36 cent. Présentation de l'extrémité céphalique dos à droite. Auscultation bonne ; col en voie d'effacement ; on perçoit le bord placentaire. Léger écoulement sanguin.

2 h. 15 du soir : P. : 100. Rupture large des membranes. Injection intra-cervicale à 50°.

3 h. 40, P. : 120, col dilatable comme 5 fr. ; 500 gr. sérum artificiel.

4 h. 15, P. : 140, même état de l'orifice. Ballon de Champetier. Manœuvre du ballon permettant d'obtenir en quelques minutes la dilatation complète. Version interne. Extraction d'un garçon mort-né, pesant 3.900 gr. Délivrance artificielle immédiate ; placenta 600 gr. ; membranes 36/0. Etat syncopal, pouls imperceptible, 800 gr. sérum artificiel ; oxygène, éther, caféine. Le pouls redevient perceptible.

Suites de couches : 3e, 4e, 5e jours. T. : entre 37°4 et 39°4, P. : entre 112 et 116. Dans les jours qui suivent, température normale.

La femme quitte le service en bon état le 5 mai.

Obs. 694. — Insertion du placenta sur le segment inférieur. — Hémorrhagies pendant le travail. — Rupture large des membranes. — Ballon de Champetier. — Version interne. — Délivrance artificielle.

M. M..., 33 ans, V pare. Entre à la Clinique, le 18 avril, 8 h. soir.

4 accouchements antérieurs normaux, dont un gémellaire. Enfants vivants.

Grossesse actuelle. — D. R. : 30 juillet-2 août.

La femme perd du sang depuis le 17 avril.

A l'entrée : H. U. : 29 ; cent. tendances ; syncopales. P. : 1.04; Présentation de l'extrémité céphalique dos à droite. Col ayant toute sa longueur. Le placenta est senti à gauche ; une portion est décollée ; les membranes difficilement accessibles sont largement déchirées. Introduction d'un ballon de Champetier de 400 gr.

9 h. soir : dilatation de 5 fr. téguments décolorés, respiration saccadée, pupilles dilatées. Manœuvre du ballon. En 15 minutes, la dilatation est suffisante pour extraire le ballon complètement rempli. Version interne et extraction d'une fille morte, pesant 2.750 gr.

Délivrance artificielle immédiate. Le placenta pèse 400 gr. Membranes : 38/1.

Suites de couches : 2e jour, T. : 39 6. P. : 116 1e, 3e, 4e, jours. T. 38°. P. : oscillant entre 110 et 116.

Dans les jours qui suivent, la température ne dépasse pas 37 4.

La femme quitte le service en bon état, le 6 mai.

Obs. 1906. — Insertion du placenta sur le segment inférieur. — Hémorragies du travail. — Rupture large des membranes. — Ballon de Champetier. — Accouchement

au 9e mois. — Insertion vicieuse et procidence du cordon. — Enfant mort.

M. E..., 30 ans, III pare. Entre à la Clinique, le 18 novembre à 5 h. 55 soir.

2 accouchements antérieurs normaux. Enfants vivants.

Grossesse actuelle. — D. R. : 24 février. 1er mars.

Hémorrhagies le 11 et le 15 novembre traitées par le repos.

Début du travail : 18 novembre, 2 h. matin.

A l'entrée : H. U. : 29 cent. Présentation de l'extrémité céphalique orientée en gauche transverse. Dilatation d'une paume de main ; une partie du placenta décollé s'engage dans l'orifice. Hémorrhagie. P. : 132. Déchirure large des membranes. Le placenta est comprimé et maintenu par la main au niveau de son insertion ; le cordon inséré sur cette partie du placenta est inévitablement procident.

7 h. 15 soir : M. Mouchotte pose un ballon Champetier. Manœuvre du ballon qui est extrait après 30 minutes. L'écoulement s'arrête ; le pouls oscille entre 120 et 132. Injections vaginales à 50°. Les battements du cordon cessent.

19 novembre, 2 h. 45 matin : Dilatation complète. Expulsion spontanée d'une fille mort-née pesant 2.700 gr.

Délivrance naturelle 5 minutes après l'accouchement. Le placenta est entièrement décollé ; il pèse 430 gr. Membranes 39/0. Insertion du cordon en raquette. Légère fétidité de l'œuf. Injection intra-utérine à l'aniodol.

Suites de couches : du 3e au 5e jour, T. oscillant entre 38° et 38° 6, P. entre 100 et 116. A partir du 6e jour température normale.

La mère quitte le service en bon état, le 9 décembre.

Obs. 2078. — Insertion basse du placenta. — Rupture prématurée des membranes. — Hémorrhagies. — Pré-

sentation de l'épaule. — Ballon de Champetier. — Version par manœuvres internes.

M... J., 22 ans, ménagère, I pare.

D. R. : 26 au 28 avril. Evolution normale de la grossesse jusqu'au 1er décembre, à ce moment perte de sang assez abondante traitée par les injections chaudes et le repos au lit.

18 décembre : nouvel écoulement sanguin.

19 décembre, 4 h. matin. Rupture spontanée des membranes. A 6 h. la femme entre à la Clinique.

Examen. T. : 36°8. P. : 92. H. U. : 30 cent. Au palper, on trouve la tête dans le flanc droit, le siège dans le flanc gauche, un plan résistant reliant ces deux pôles répond au fond de l'utérus. Auscultation bonne. Toucher : col long, dilatation d'un fr., segment inférieur épaissi en avant ; membranes rompues ; on arrive à bout de doigt sur un coude. Contractions espacées.

9 h. matin. Contractions plus fréquentes ; la femme perd un peu de sang.

10 h. L'écoulement sanguin devient plus abondant. P. : 120. M. Mouchotte introduit un ballon de 500 gr. L'hémorrhagie s'arrête, le pouls descend à 92.

Midi. La dilatation restant stationnaire, on retire du ballon 35 gr. de liquide ; tractions sur le ballon.

1 h. soir. Dilatation de 5 fr. On introduit 50 gr. de liquide dans le ballon.

2 h. Dilatation complète. Extraction du ballon. Version par manœuvres internes. On ne peut faire l'anse du cordon à cause d'un circulaire autour du cou, aussi le cordon est-il coupé entre deux pinces.

L'enfant naît en état de mort apparente et succombe 1 h. après l'accouchement.

Placenta 475 gr. Membranes : 32/0.

ANNÉE 1905

Obs. 903. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagie pendant le travail. — Mort de l'enfant pendant le travail. — Rupture large des membranes. — Ballon de Champetier. — Version par manœuvres internes.

R. M..., 29 ans, IV pare.

2 premiers accouchements normaux. — Enfants vivants. 3 accouchements prématurés.

Grossesse actuelle. — D. R : 10-15 septembre, femme admise au dortoir, le 10 juin, pour présentation transversale. La tête est ramenée au niveau du détroit supérieur et y est maintenue à l'aide d'une ceinture eutocique. Bourrelet circulaire du vagin très accentué.

Début du travail le 15 juin à 6 h. soir. En même temps il se produit un léger écoulement sanguin, qui s'arrête après une injection vaginale à 50°. P. à 84.

A 11 h. 15 soir, hémorrhagie considérable. Le pouls monte à 128. La femme devient très pâle. 650 gr. de caillots sont recueillis. Tête fœtale très élevée. Col non effacé, légèrement perméable. Au niveau de l'orifice interne, le doigt arrive de toutes parts sur les cotylédons placentaires. Déchirure large des membranes en avant, derrière le pubis. L'hémorrhagie persistant, M. Sauvage place immédiatement un ballon de Champetier, d'une contenance de 400 gr. L'hémorrhagie s'arrête, et le pouls revient lentement à 88

Vers 2 h. matin, les bruits du cœur fœtal, jusque là lents et irréguliers, ne sont plus perçus.

Le ballon est expulsé à 3 h. du matin, derrière lui s'écoulent du sang liquide et 300 gr. de caillots. En même temps, le pouls s'accélère à nouveau et atteint 110. L'état général devient inquiétant. Tête fœtale toujours élevée. Pas de contractions. M. Sauvage décide alors

de terminer l'accouchement le plus rapidement possible. Il introduit la main dans le vagin et y trouve la plus grande partie du placenta décollée ; la tête est toujours très élevée. La femme est rapidemement anesthésiée. M. Sauvage tente uue basiotripsie, mais la tête, très élevée et très mobile, ne peut être que difficilement maintenue. Une seconde tentative échoue également. Sur ces entrefaites le placenta est expulsé. M. Sauvage pratique alors la version par manœuvres internes, et extrait un garçon en état de rigidité cadavérique, pesant 2.930 gr.

Extraction des membranes retenues dans l'utérus. Le placenta pèse 300 gr. Injection utérine prolongée à 50°. 500 gr. de sérum artificiel.

Après l'intervention la femme ne perd plus de sang, le pouls descend à 90.

Suites de couches normales.

Obs. 904. — Insertion vicieuse du placenta. — Hémorrhagie pendant la grossesse. — Hémorrhagie grave pendant le travail. — Rupture large des membranes et placement successif de 3 ballons. Présentation de l'épaule. — Version interne par M. Pinard. — Curettage au 3e jour par M. Sauvage. — Péritonite — Laparotomie. — Mort le 30e jour.

G. M..., 31 ans, III pare.

D. R. : 10-12 octobre.

3 hémorrhagies pendant la grossesse, arrêtées grâce au repos et aux injections chaudes.

15 juin. Début du travail accompagné d'une abondante hémorrhagie. Pouls 116. — Déchirure large des membranes en avant, derrière le pubis. Injection sous-cutanée d'un litre de sérum. Introduction successive de deux ballons de 300 gr. qui crèvent et se dégonflent.

Le 16 juin à 9 h. matin, on constate un changement de présentation. Le fœtus se présente par l'épaule gauche, dos en arrière.

A 10 h., M. Pinard constatant que le second ballon est dégonflé, en introduit un 3e de 500 gr. qu'il extrait après l'avoir complètement rempli. La dilatation est complète.

L'enfant meurt 2 minutes après son extraction par manœuvres internes : Il pèse 2.550 gr. Délivrance spontanée au bout de 5 minutes. Injection intra-utérine prolongée. Placenta : 550 gr. Membranes déchirées incomplètes.

Deux heures après l'accouchement, grand frisson durant 6 minutes et ascension de température à 39°6.

Pendant les 2 jours qui suivent l'accouchement, la température reste élevée entre 39° et 40°. Le pouls oscille entre 124 et 140 ; l'utérus est sensible à la pression ; écoulement lochial fœtide S. A. : 80 gr. Injections intra-utérines.

Le 3e jour, curettage ramenant de nombreux débris.

Le 4e jour, lavage intra-utérin.

5e jour, injections vaginales.

Les jours suivants, amaigrissement progressif, éruption ortiée. Empâtement diffus de l'abdomen.

Le 30e jour, laparotomie sous-ombilicale. Nombreuses poches de pus. Pendant l'intervention qui a duré une dizaine de minutes, le pouls déjà à peine perceptible avant l'anesthésie, ne peut plus être senti La malade meurt quelques instants après l'intervention.

Obs. 999. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies pendant le dernier mois de la grossesse et au début du travail. — Rupture large des membranes et placement d'un ballon de Champetier. — Application de for-

ceps ; enfant vivant. — Délivrance artificielle immédiate.

L. L..., 28 ans, II pare.

1er accouchement au 8e mois, enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R. : 22-24 septembre.

2 hémorrhagies peu abondantes en juin. La femme entre dans le service. L'enfant se présente par l'extrémité céphalique : tête très élevée et mobile ; application d'une ceinture.

Début du travail, le 2 juillet, à 3 h. matin. En même temps, perte d'un peu de sang ; l'écoulement est arrêté par des injections à 50°.

A midi 1/4, la femme perd brusquement une grande quantité de sang. P. : 130 ; décoloration des muqueuses et des téguments.

M. Sauvage rompt largement les membranes en avant, derrière le pubis ; le placenta, dont on sent des cotylédons décollés au-dessus de l'orifice interne s'insère sur la paroi postérieure du segment inférieur. Aussitôt après la rupture des membranes, M. Sauvage place un ballon de 500 gr. dans l'utérus à travers le col incomplètement effacé, mais largement perméable à deux doigts. L'hémorrhagie s'arrête après le gonflement du ballon et ne se reproduit plus. 1 litre de sérum en injection sous-cutanée.

A 4 h. 30 soir, le ballon est expulsé. Derrière lui s'échappe une grande quantité de caillots. La tête s'engage en O. I. D. P. M. Sauvage fait une application de forceps et extrait une fille vivante, pesant 3.060 gr.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta : 325 gr. Membranes : 25/0. Injection utérine prolongée.

Suites de couches normales. Mère et enfant quittent le service en bon état, le 11 juillet.

Obs. 1203. — Insertion du placenta sur le segment inférieur. — Hémorrhagies pendant la grossesse et le travail. — Placement d'un ballon Champetier (500 gr.) et version par manœuvres internes. — Enfant mort-né pesant 3.600 gr. — Délivrance artificielle.

C. G..., 33 ans VI pare.

Entrée à la Clinique le 7 août, 8 h. matin.

6 accouchements antérieurs normaux.

Grossesse actuelle. — D.R. : 1er-10 novembre.

En mai et en août, hémorrhagies traitées par repos au lit et injections chaudes.

Le 7 août, à la suite d'une nouvelle hémorrhagie abondante, la femme est envoyée à la clinique Baudelocque.

A l'entrée, 7 août, 8 h. matin, on fait les constatations suivantes :

Femme anémiée. Pouls à 86, mais très faible. Léger écoulement sanguin par l'orifice vulvaire. H. U. : 36 cent. Présentation de l'extrémité céphalique mobile, dos à gauche. Auscultation nulle. Au toucher, on arrive directement sur les cotylédons placentaires. Rupture large des membranes en avant derrière la symphyse. Dilatation de 5 fr. sérum artificiel 500 gr. P. : 108.

9 h. 30. Dilatation de 5 fr. : Introduction d'un ballon de Champetier de 500 gr. Sérum artificiel 500 gr.

10 h. 15. P. : 140. Le ballon est enlevé. Extraction de l'enfant par version interne. L'enfant mort-né pèse 3.600 gr. Délivrance artificielle. Placenta : 500 gr. Injection intra-utérine à 50°. P. : 120.

A midi, la femme est très agitée et a de la dyspnée Ether, caféine, sérum artificiel 500 gr. Inhalations d'oxygène. On élève les membres inférieurs. P. : 120.

8 août, P. : 120, T. : 39°. Injection intra-utérine. La malade se plaint d'une vive douleur généralisée à tout

l'abdomen, dyspnée, douleur épigastrique : 1/2 centig. de morphine.

9 août, miction abondante. Sérum antistreptococcique 80 c.c.

Le 19 août, la femme part en ambulance.

Obs. 1477. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagies pendant la grossesse. — Rupture artificielle des membranes. — Introduction d'un ballon de Champetier.

S. P., I pare. D. R. : 5-10 février.

Cette femme a eu 3 hémorrhagies au mois de juillet. Le 23 août : 4e hémorrhagie : repos au lit, injections chaudes.

Le 17 septembre, légère quantité d'albumine dans les urines. Lait, régime blanc.

Le 27 septembre, nouvelle perte de sang qui continue les jours suivants malgré le repos au lit et les injections chaudes.

Le 1er octobre, à 10 h. 45 du matin, la femme est amenée à la clinique Baudelocque.

Examen : H. U. : 26 cent. Présentation du siège, enfant vivant. Col très dévié en arrière et à droite, perméable, non effacé. L'orifice utérin est recouvert par les cotylédons placentaires : P. : 136. T. : 37° 1. Sérum 500 gr.

A 11 h. 45 soir : P. : 120. M. Sauvage constate que le toucher vaginal ne permet pas d'atteindre les membranes. bien que l'orifice soit dilatable comme 2 fr. Le doigt ne perçoit que des cotylédons placentaires décollés ; l'hémorrhagie continue.

M. Sauvage fait placer la femme en position obstétricale et fait le toucher manuel. Tout le pôle inférieur de l'œuf est décollé sur une grande étendue, les membranes sont senties en arrière et à gauche, à bout de doigt ; elles sont très flasques, même au moment des contractions

utérines qui sont très rares et très espacées. Le perce-membrane, guidé par le doigt, refoule les membranes. Celles-ci sont accrochées avec une pince longue à 4 mors et déchirées ensuite largement. Ecoulement de liquide amniotique normal. Introduction d'un ballon Champetier de 350 gr. Pendant la nuit, la femme ne perd pas, elle a par intervalles irréguliers et espacés, de faibles contractions utérines douloureuses. Les bruits du cœur fœtal se ralentissent et ne sont plus perçus à 2 h. du matin.

A 9 h. du matin, léger écoulement sanguin : traction sur le ballon. Le pouls s'accélère (160). Sérum 1.000 gr.

A 9 h. 30 du matin : M. Wallich trouve le col légèrement dilatable. Il extrait le ballon complètement rempli, abaisse un pied et extrait le fœtus, une fille morte pesant 1.800 gr.

Délivrance artificielle immédiate. Injection intra-utérine Poids du placenta : 300 gr. Insertion vélamenteuse du cordon.

Les jours suivants, température oscillant entre 37° 4 et 39 : Injections intra-utérines. S. A. : 80 cent. cubes.

6 octobre : curettage ; débris nombreux de membranes.

La femme quitte le service en bon état le 15 octobre.

CHAPITRE VIII

HÉMORRHAGIES DE LA DÉLIVRANCE.

Les femmes dont le placenta se trouve inséré sur le segment inférieur sont particulièrement exposées aux hémorrhagies de la délivrance. Aussi devra-t-on toujours chez elles surveiller la sortie du placenta et quand une hémorrhagie se produira soit avant soit après son expulsion ou son extraction, il faudra recourir aux injections intra-utérines prolongées avec de l'eau à 48°. Les irrigations chaudes possèdent la propriété d'augmenter la puissance des contractions utérines. « Il suffit pour constater ces faits d'introduire la main dans la cavité d'un utérus plus ou moins inerte, pendant la période de délivrance, et de faire une irrigation intra-utérine chaude. Aussitôt on verra l'utérus se contracter (1) ». Cette contraction facilite l'expulsion du placenta et par suite l'arrêt de l'hémorrhagie.

Mais il ne faudra pas s'attarder aux injections et ne pas oublier que la femme « n'a plus le droit de perdre du sang ». Donc si le suintement sanguin continue,

1. Pinard. — *Médecine moderne, 1889.*

il ne faut pas hésiter à pratiquer la délivrance artificielle. L'évacuation de l'utérus est le meilleur moyen de mettre fin à l'hémorrhagie. Il est inutile et même dangereux d'anesthésier la femme pour cette intervention, le chloroforme ayant l'inconvénient d'augmenter la tendance à l'hémorrhagie.

De 1904 à 1908, la délivrance artificielle a été pratiquée 15 fois à la Clinique Baudelocque chez des femmes ayant une insertion basse du placenta.

CHAPITRE IX

CAS PARTICULIERS.

Nous reproduisons ici trois observations dans lesquelles, pour des raisons spéciales, le traitement suivi fut différent de celui que nous avons indiqué dans le cours de ce travail.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme ayant un rétrécissement du bassin assez prononcé et qui se compliquait d'une insertion basse du placenta. L'engagement du fœtus devenait impossible par suite de cette double dystocie et il ne fallait pas songer à extraire un enfant vivant par les voies naturelles. Mais comme d'autre part l'hémorrhagie menaçait de rendre de plus en plus obligatoire l'évacuation de l'utérus, M. Pinard décida que si la femme continuait à perdre du sang et si le pouls s'élevait au-dessus de 100 malgré les injections à 50°, on pratiquerait une opération de Porro. Pourquoi recourir à une amputation utéro-ovarique plutôt qu'à une césarienne conservatrice ?

« Parce que, d'une part, l'insertion du placenta au niveau du segment inférieur, plus mince, moins riche

en fibres musculaires et partant moins rétractile que le corps utérin, rendait l'hémostase des plus aléatoires à son niveau. D'autre part, parce que cette femme, ayant déjà perdu du sang pendant la grossesse et pendant le travail, n'était plus à même de faire les frais d'une nouvelle hémorrhagie » (1).

Dans les deux autres observations, il s'agit de l'extraction du fœtus par la manœuvre de Braxton Hicks.

Ce passage, dû à l'obligeance de mon excellent ami Marcel Crémieu, est extrait de sa remarquable thèse sur : Les résultats de l'opération de Porro à la Clinique Baudelocque.

OBSERVATIONS

ANNÉE 1907

Obs. 274. — Bassin rétréci. — Insertion basse du placenta. — Hémorrhagie (Pouls 112). — Opération de Porro.

R... M., 39 ans, I pare. Elle a fait ses premiers pas à l'âge de 1 an, elle a toujours bien marché.

D. R. : 10-13 mai.

Le 11 décembre : hémorrhagie qui se renouvelle le 28,

Le 12 février, nouvelle hémorrhagie plus abondante que les deux premières. Elle entre à la Clinique le 14.

Examen par M. Pinard : L'utérus est en état de contraction permanente. Les contractions sont indolores. La forme de l'organe est irrégulière, le fond paraît échancré.

Au niveau du détroit supérieur et à droite, empiétant un peu dans la fosse iliaque droite, l'utérus paraît soulevé en une voussure de consistance plus dure et qui semble être en rapport avec la présence de la tête fœtale. Auscultation bonne. Toucher : Col fermé, segment inférieur épaissi, promontoire et face antérieure du sacrum facilement accessibles.

T. : 36°6, P. : 80.

M. Pinard pose les indications suivantes :

Si la femme a des hémorrhagies, si le pouls s'élève et

se maintient au-dessus de 100 malgré les injections à 50°, on pratiquera une opération de Porro.

15 février, 10 h. matin. nouvel examen par M. Pinard, même état de l'utérus : palper impossible.

4 h. soir : La femme perd du sang, expulse un caillot du volume du poing. P. : 96. Mlle Roze constate que l'orifice est ouvert comme 1 fr. Elle arrive directement sur du tissu placentaire.

La femme continue à perdre très peu, mais d'une façon continue. Injections à 50°. Légères douleurs rénales.

4 h. 40. P. : 104. Le pouls se maintient ensuite à 108.

5 h. 45. M. Mouchotte aidé de M. Lacasse pratique une laparotomie. Extériorisation de l'utérus. Incision longitudinale médiane de la paroi antérieure. La partie inférieure de l'incision répond à la partie supérieure de l'insertion placentaire. Cette languette placentaire supérieure est décollée. L'enfant est baigné dans une véritable purée méconiale; section du cordon. Pose de la ligature élastique et de la broche. Amputation utéro-ovarique. La ligne d'amputation utérine intéresse le segment inférieur et le placenta. Une rondelle placentaire demeure adhérente au moignon. Une partie de ce tissu est enlevée aux ciseaux. Les trompes n'ont été que partiellement prises dans la ligature élastique. Les parties sous-jacentes à la ligature sont réséquées après suture au catgut de leur méso.

Surjet péritonéal au catgut n° 2; fixation du péritoine au moignon utérin par 4 catguts. Fermeture de la paroi aux crins de Florence. — Pansement.

L'enfant, du sexe masculin, a l'arrière-gorge remplie de mucosités et de méconium. Après désobstruction, il crie au bout de 10 minutes. Poids : 3.000 gr.

Suites opératoires normales.

ANNÉE 1905.

Obs. 1535. Insertion basse du placenta. — Version bipolaire. — Extraction d'un enfant mort. — Délivrance artificielle.

J. M..., 24 ans, II pare, accouchement antérieur normal.

Grossesse actuelle : D. R. : 12-16 février.

Le 16 octobre, abondante hémorrhagie. La femme vient à la Clinique.

H. U. : 29 cent. Auscultation négative. Col en voie d'effacement, fœtus mobile.

11 h. matin : Col long et perméable dans toute son étendue. Au-dessus de l'orifice interne, on sent une main, un pied et le cordon. Tête très élevée. Le bord du placenta décollé obstrue l'orifice interne. Déchirure des membranes en haut et en avant derrière la symphyse. Contractions utérines plus fréquentes. P. : 108. Injection vaginale à 50°. L'hémorrhagie s'arrête.

1 h. 15, la femme perd un peu de sang. En faisant remonter la tête par manœuvres externes, Mlle Roze arrive avec un doigt introduit dans le col, à attirer un pied dans le vagin. De légères tractions sont exercées sur le pied qui est amené à l'orifice vulvaire. L'écoulement de sang s'arrête.

2 heures : la dilatation est grande comme une paume de main ; des tractions sont exercées sur le pied abaissé. La femme est mise en position obstétricale. Le dégagement se fait sans difficulté.

Délivrance artificielle immédiate. Injection intra-utérine prolongée. La femme ne perd plus de sang. Garçon mort-né pesant 2.450 gr. Placenta : 340 gr.

Suites de couches : 37°8, le 2e jour et 38°2 le 4e. Pouls oscillant autour de 100.

La femme quitte le service en bon état.

ANNÉE 1904

Obs. 624. — Hémorrhagies pendant la grossesse et au cours du travail. — Déchirure large des membraues. — Ballon de Champetier. — Version bi-polaire. — Expulsion par le siège d'un enfant mort.

S..., 33 ans, III pare. D. R. : 30 juillet-3 août.

Pertes de sang au mois de janvier et le 17 mars. Abondante hémorrhagie dans la nuit du 23 au 24 mars, arrivée à la clinique.

Présentation transversale. Tête ramenée au-dessus du détroit supérieur. Ceinture eutocique.

Le 26 mars, hémorrhagie assez abondante qui cesse après une injection vaginale à 50°.

Du 14 au 21 avril, traces d'albumine dans les urines. Régime lacté.

Le 28 avril, à 3 h. matin hémorrhagie assez abondante cessant après une injection vaginale à 50°.

Le 12 mai, à 2 h. matin, expulsion de 3 caillots du volume d'un œuf de poule. Injection vaginale à 50° P. : 96 à 104.

A 3 h. 10 matin, Mlle Roze fait pénétrer l'index dans le col et perfore l'œuf au niveau d'un espace intercotylédonaire ; puis elle introduit dans l'utérus un ballon de Champetier de 450 gr. Elle a la sensation d'une bride limitant le bord de la déchirure en avant P. : 100. L'hémorrhagie cesse.

A 5 h. 20 matin, la femme éprouvant le besoin de pousser, M. Delestre extrait le ballon. Une hémorrhagie assez abondante se produit alors ; la tête est élevée, le col incomplètement dilaté. M. Delestre introduit la main dans l'utérus, va à la recherche d'un pied (gauche), 10 minutes environ de tractions sur le pied et de manœuvres externes faites dans l'intervalle des contractions sont nécessaires

pour faire évoluer le fœtus. A ce moment, on n'entend plus les bruits du cœur. La jambe gauche est laissée dans le vagin et le travail s'effectue alors spontanément.

A 7 h. expulsion spontanée d'un garçon pesant 4.340 gr. Dégagement des bras. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau-Pinard.

Délivrance artificielle immédiate. Le placenta pèse 700 gr. il est large, étalé, aplati et dégénéré dans la région qui s'insérait sur le segment inférieur. La déchirure des membranes a été faite au ras du placenta. L'ouverture est circonscrite du côté des membranes par un vaisseau qui court le long du bord.

Suites de couches normales.

CHAPITRE X

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Lorsqu'une femme a perdu beaucoup de sang par suite de l'insertion du placenta sur le segment inférieur, elle présente des symptômes d'anémie aiguë: sa face est pâle, ses muqueuses sont décolorées, elle a des bourdonnements d'oreilles et des tendances syncopales; le pouls est faible mais très accéléré.

Il faut, en pareille circonstance, prescrire à la femme le décubitus dorsal qu'elle ne doit quitter sous aucun prétexte. On doit veiller à ce qu'elle reste la tête basse. On peut en outre procéder à la ligature des quatre membres après avoir fait refluer le sang vers les parties centrales à l'aide d'un bandage compressif.

Mais le procédé auquel on doit les meilleurs résultats consiste assurément, dans l'emploi des injections de sérum salé. On employait autrefois avec succès la transfusion du sang ; mais elle n'était pas sans inconvénients et son manuel opératoire asez délicat en faisait une intervention beaucoup trop compliquée, On l'a remplacée avantageusement par les injections de sérum salé plus simples et plus efficaces. Le li-

quide à injecter est de l'eau bouillie contenant 7 grammes de sel de cuisine par litre. Il faut l'employer à la température de 37°. On a toujours tout ce qu'il faut sous la main pour préparer cette solution : on injecte 250 grammes de sérum à la fois et 1.500 grammes environ dans les vingt-quatre heures. L'injection se fait dans le tissu cellulaire. Elle peut être faite dans les veines. L'injection intra-veineuse pénétrant plus rapidement rendra les plus grands services dans les cas très graves où il faut aller vite et où l'injection sous-cutanée ne serait absorbée que très lentement.

Les injections de sérum salé sont aujourd'hui entrées dans la pratique courante. Grâce à elles, on assiste souvent à de véritables résurrections. Lorsqu'on est appelé auprès d'une femme exsangue, il est bon de lui injecter ainsi une certaine quantité de sérum avant de pratiquer une autre intervention.

On pourra encore faire usage des inhalations d'oxygène et donner des boissons alcoolisées. Enfin contre l'état syncopal, il faudra avoir recours aux injections d'éther et de caféine.

CHAPITRE XI

RÉSULTATS

Depuis l'année 1888, on emploie dans le service de M. Pinard la rupture large des membranes et le ballon Champetier contre les hémorrhagies causées par l'insertion basse du placenta. D'après la statistique de M. Pinard de 1888 à 1895. sur 169 femmes ayant eu des pertes sanguines liées à l'insertion basse, 37 présentèrent des hémorrhagies assez graves pour nécessiter une intervention. Sur ces 37 femmes, 4 sont mortes ; mais 3 doivent être éliminées ayant été apportées mourantes.

Nous avons recherché les cas dans lesquels on était intervenu par la rupture des membranes ou le ballon Champetier depuis l'année 1895 et nous avons obtenu la statistique suivante :

Années	Femmes traitées	Décès
1895	15	0
1896	14	0
1897	13	1
1898	7	0
1899	10	0
1900	8	0
1901	4	0
1902	6	0
1903	13	2
1904	4	0
1905	14	1
1906	10	1
1907	8	0
Total : sur	126 femmes	5 décès

De ce nombre il faut déduire le décès survenu en 1906 concernant une femme arrivée dans le service dans un état extrêmement grave et chez laquelle on n'eut ni à rompre les membranes ni à introduire de ballon ; l'extraction du fœtus ayant été la seule intervention pratiquée. Il faut également déduire le décès survenu en 1897 qui est celui d'une femme amenée exsangue à la Clinique avec une température de 39° 5 et après avoir eu de nombreux frissons.

Les 3 autres décès se répartissent ainsi :

Une femme morte en 1905 à la suite d'une péritonite le 30e jour après l'accouchement.

Une femme ayant succombé en 1903 (obs. 2052) 24 heures après l'accouchement (celui-ci avait été très laborieux : 2 ballons Champetier furent introduits et suivis d'une application de forceps et de la délivrance artificielle).

Une femme morte en 1903 (obs. 1428) dans le cours des suites de couches, la température ayant oscillé pendant 7 jours entre 38° et 39° 4.

Il y a donc eu de 1888 à 1908, 4 décès sur 163 interventions, soit une mortalité maternelle de 2-45 %.

En se plaçant au point de vue de l'enfant, de 1894 à 1908 on a obtenu les résultats suivants :

	Enfants morts pendant le travail	Enfants ayant succombé après la naissance	Enfant morts avant l'intervention.	Enfants vivants
1894	1	1	»	9
1895	4	6	»	5
1896	8	»	2	4
1897	3	2	2	6
1898	»	»	»	7
1899	2	1	»	7
1900	1	»	»	7
1901	2	2	»	»
1902	4	1	»	1
1903	5	1	»	7
1904	1	2	1	»
1905	5	1	4	4
1906	4	2	»	4
1907	3	»	»	5
	43	19	9	66

En résumé, sur ces 137 enfants, 85 vinrent au monde vivants parmi lesquels 19 moururent dans les jours qui suivirent leur naissance.

9 étaient morts avant l'intervention, soit que leur mort ait été diasgnostiquée in utéro, soit qu'ils aient été expulsés en état de macération ou de rigidité cadavérique.

Enfin 43 succombèrent au cours du travail.

CONCLUSIONS.

La méthode employée à la clinique Baudelocque contre les hémorrhagies liées à l'insertion basse du placenta est basée sur le mécanisme de l'hémorrhagie tel qu'il a été exposé par M. Pinard.

A l'hémorrhagie *de cause indirecte*, due au décollement du placenta par le tiraillement des membranes, elle oppose la déchirure large de ces membranes, imitant en cela le procédé naturel d'hémostase réalisé dans les cas de rupture spontanée.

Contre l'hémorrhagie *de cause directe*, produite par le décollement du placenta par la région fœtale qui descend dans l'excavation, le ballon de Champetier de Ribes agit en refoulant ce placenta contre le segment inférieur. Il active en même temps la dilatation et permet d'évacuer rapidement l'utérus. De là la substitution de ce ballon à la version bipolaire de Braxton Hicks qui, sans avoir d'action aussi régulière et aussi complète sur la dilatation, fait courir à l'enfant les plus grands dangers.

La déchirure large des membranes, et l'emploi du ballon Champetier réalisent donc un traitement véritablement physiologique de l'hémorrhagie. Leurs indications ont été nettement précisées et leur application ne rencontre jamais d'obstacles insurmontables.

Les observations que nous avons recueillies à la Clinique Baudelocque montrent que l'application de cette méthode permet d'obtenir la disparition presque complète de la mortalité maternelle dans les cas d'hémorrhagie due à l'insertion basse du placenta et de réduire la mortalité fœtale à des proportions que l'on n'obtient avec aucun autre traitement. Aussi devra-t-on toujours employer cette méthode dans l'intérêt de la mère comme dans l'intérêt de l'enfant.

Vu : *Le Président de la thèse*,
PINARD.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

Angoulême. — Imprimerie L. COQUEMARD et Cie

312

LES INJECTIONS SOUS-CONJONCTIVALES

EN THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT-BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des mal. ment. et des mal. de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	MULON.	JEANSELME.	LENORMANT.
BALTHAZARD.	NICLOUX.	JOUSSET (A.).	LOEPER.
BRANCA.	NOBECOURT.	OMBREDANNE.	MACAIGNE.
BEZANÇON (F.).	COUVELAIRE.	POTOCKI.	MAILLARD.
BRINDEAU.	CUNEO.	PROUST.	MARION.
BROCA (A.).	DEMELIN.	RENON.	RICHAUD.
BRUMPT.	DESGREZ.	LABRÉ (M.).	RIEFFEL, chef des trav. anat.
CARNOT.	DUVAL (P.).	LANGLOIS.	SICARD.
CASTAIGNE.	GOSSET.	LAUNOIS.	ZIMMERN.
CLAUDE.	GOUGET.	LECENE.	
MORESTIN.	JEANNIN.	LEGRY.	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.